

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

KARINE VIANA MACIEL

**Cicatrizes de um trauma: aspectos emocionais relacionados
ao ato da tentativa de suicídio pelo uso do fogo**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração Psicologia Clínica, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elisa Kern de Castro

São Leopoldo
2013

M152c

Maciel, Karine Viana

Cicatrizes de um trauma: aspectos emocionais relacionados ao ato da tentativa de suicídio pelo uso do fogo / por Karine Viana Maciel. -- São Leopoldo, 2013.

83 f. : il. ; 30 cm.

Com: artigos “Tentativas de suicídio provocadas por queimaduras autoinfligidas: uma revisão sistemática da literatura; Cicatrizes de um trauma: aspectos emocionais relacionados ao ato da tentativa de suicídio pelo uso do fogo”.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2013.

Orientação: Profª Drª Elisa Kern de Castro, Ciências da Saúde.

1.Suicídio – Fatores de risco. 2.Tentativa de suicídio. 3.Suicidas – Autoimolação. 4.Queimaduras. 5.Pele – Ferimentos e lesões. I.Castro, Elisa Kern de. II.Título.

CDU 616.89-008.441.44

Catálogo na publicação:
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

*Dedico este trabalho aos meus amores:
meus pais e meu noivo,
incansavelmente presentes
em minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste período de realização do mestrado pude contar com o apoio e a força de pessoas especiais as quais valorizavam, juntamente comigo a importância desta trajetória e me apoiaram nos momentos mais importantes. Não seriam suficientes as palavras para expressar meu imenso agradecimento por terem me acompanhado, mas deixo aqui meus agradecimentos em especial:

À Deus por ter me iluminado desde o início neste processo e me dado forças quando achei que estava no meu limite.

Aos meus pais, Selmar e Loiraci, presentes de minha vida, por terem investido em mim com todo o amor e dedicação possível e por sempre estarem ao meu lado me acompanhando em todos os momentos de minha vida.

Ao meu noivo, Julio por seu amor, incentivo, compreensão e motivação ao longo de todo este percurso. Agradeço também por sua paciência, num momento onde estamos realizando outras conquistas importantes para nossa vida juntamente com esta.

À minha madrinha, Kiana, por apoiar minhas escolhas.

À minha orientadora, Dr^a Elisa Kern de Castro, por ter me motivado a realizar o mestrado desde o período da graduação, por ter me encantado com a sua dedicação para com seu trabalho e por me acompanhar na elaboração deste trabalho.

À Psicóloga Maristela Costa Leivas, responsável pelo atendimento na unidade de vítimas de queimaduras no hospital onde foi realizada esta pesquisa, por ter me apresentado esta temática durante o período de estágio e por sua motivação em que eu seguisse meus estudos sobre esta temática.

À todas as pacientes que se dispuseram a participar desta pesquisa, dividindo comigo grande parte de suas histórias de vida.

Aos professores Dra. Blanca Susana Werlang Guevara, Dra. Denise Falcke e Dr. Marcelo da Silva Araújo Tavares, pelas contribuições fundamentais para o enriquecimento deste trabalho.

Por fim a todos aqueles que de alguma forma viveram comigo este período de Mestrado, dividindo as diversas emoções experienciadas ao longo desta caminhada.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu,
mas pensar o que ninguém pensou
sobre aquilo que todo mundo vê”
(Arthur Schopenhauer)

Sumário

Resumo	10
Abstract	11
Apresentação	12
Seção I – Artigo: Tentativas de suicídio provocadas por queimaduras autoinfligidas: Uma Revisão Sistemática da Literatura	13
Introdução	13
Método	14
Critérios de Inclusão/Exclusão dos Artigos.....	14
Bases de Dados.....	15
Procedimentos de Organização do Material.....	15
Resultados e Discussão	17
Conclusões	32
Referências	34
Seção II – Artigo: Cicatrizes de um trauma: Aspectos emocionais relacionados ao ato da tentativa de suicídio pelo uso do fogo	37
Introdução	37
Método	41
Delineamento.....	41
Participantes	41
Instrumentos	44
Procedimentos Éticos e de Coleta de Dados	44
Análise de Dados	45
Resultados e Discussão	46
Considerações Finais	66
Referências	68

Palavras Finais (da dissertação).....	73
Anexo A - Questionário de Dados Sociodemográficos e clínicos	74
Anexo B - Entrevista Semiestruturada	77
Anexo C - Resolução do Comitê de Ética em Pesquisa - UNISINOS.....	79
Anexo D - Resolução do Comitê de Ética em Pesquisa – GHC.....	80
Anexo E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - UNISINOS.....	81
Anexo F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - GHC.....	82

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Critérios de Seleção dos Artigos para a Revisão Sistemática.....	16
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resumo dos Artigos Analisados.....	18
Tabela 2 - Dados Sociodemográficos e Clínicos.....	43
Tabela 3 - Categorias e Subcategorias.....	46

RESUMO

Esta dissertação é composta por dois artigos, um de revisão sistemática da literatura e um empírico. A pesquisa desenvolvida teve como foco de investigação as tentativas de suicídio realizadas a partir do uso do fogo. No estudo I, realizou-se uma revisão sistemática da literatura nacional e internacional sobre a temática das tentativas de suicídio através de queimaduras autoinfligidas, no período de 2007-2012, nas bases de dados *Academic Search Premier*, *MEDLINE/Pubmed*, *Lilacs* e *Scielo*. Encontrou-se 23 artigos, a maioria de natureza quantitativa e que foram publicados em diferentes revistas da área da saúde e por diferentes profissionais. Os resultados apontam que este acontecimento ocorre com maior frequência nos países subdesenvolvidos, em que as taxas para o suicídio consumado apresentam-se maiores para o sexo masculino e, nos casos de tentativas de suicídio, a grande maioria dos sujeitos é do sexo feminino. Os estudos também averiguaram que as pessoas que tentavam suicídio pelo fogo apresentavam baixo nível de escolaridade, deram na maioria adultos jovens e tinham histórico psiquiátrico e/ou abuso de drogas e dificuldades de relacionamento social e familiar. Já no estudo II, o objetivo foi compreender os significados da escolha do fogo como um dispositivo para a tentativa de suicídio e identificar os aspectos emocionais que permeiam a vida desses indivíduos diante do trauma da queimadura. Participaram do estudo oito mulheres que haviam sofrido queimaduras autoinfligidas há pelo menos um ano e meio e que estavam em acompanhamento médico ambulatorial para reparação das cicatrizes da queimadura em um hospital de Porto Alegre. Todas as participantes responderam a uma entrevista semiestruturada que investigava a história de vida das participantes, o momento de atear-se fogo, a experiência da queimadura, seu atual contexto de vida, os sentimentos após o ato, a reinserção social e como a queimadura tem afetado no seu dia a dia e sua saúde psíquica e física. Além disso, também foi aplicado um questionário de dados sociodemográficos e clínicos. A idade das mesmas variou entre 24 e 55 anos, cinco delas relataram serem casadas/viver junto, duas se separaram após a ocorrência da queimadura e uma delas era viúva. A maioria das participantes colocou fogo em si mesmo num ato impulsivo, em que elas não tinham conhecimento sobre as cicatrizes deixadas pela queimadura e admitiram tê-lo feito para intenção de chamar a atenção de algum familiar próximo a elas. Após o ato, surgiram dificuldades relacionadas à reinserção social, enfrentamento com o olhar de estranhamento do outro e com o seu próprio, diante de uma nova imagem. Concluiu-se que é de extrema importância que se invista em programas de informação e prevenção a fim de evitar que novos casos de queimaduras autoinfligidas venham a ocorrer, causando consequências devastadoras destes sujeitos.

Palavras-chave: Suicídio; Tentativa de suicídio; Queimaduras autoinfligidas; Autoimolação

ABSTRACT

This dissertation consists in two articles, a systematic review of the literature and an empirical. The conducted survey focused on research suicide attempts made from the use of fire. The study 1 carried out a systematic review of national and international literature on the topic of suicide attempts by self-inflicted burns in the period 2007-2012, the databases *Academic Search Premier*, *MEDLINE / PubMed*, *Lilacs* and *SciELO*. It was found 23 articles, most quantitative and which were published in various journals in the area of health and by different professionals. The results show that this event occurs more frequently in developing countries, where the rates for suicide present higher for males, and in cases of attempted suicide, the vast majority of subjects were female. The studies also found out that people who had attempted suicide by fire had low level of education achievement, were mostly young adults and had psychiatric history and/or substance abuse and difficulties on social and family relationships. In the study 2, the aim was to understand the meanings of the choice of fire as a device for the suicide attempt and identify the emotional aspects that permeate the lives of these individuals before the burn trauma. The study included eight women who had suffered self-inflicted burns for at least a year and a half and were under medical supervision for outpatient repair of burn scars at a hospital in Porto Alegre. All participants completed a semi structured interview that was investigating the life history of the participants, the time to fire themselves, experience the burn, their current life context, the feelings after the act, social reintegration and how the burn has affected in their daily lives and their mental and physical health. In addition, a questionnaire was administered to sociodemographic and clinical data. The age of them ranged between 24 and 55 years old, five of them reported being married/living together, two got divorced after the burn occurrence and one was widowed. Most participants set fire to themselves in an impulsive act, in which they had no knowledge about the scars left by burns and admitted having done so with the intention of calling a close relative's attention. After the act, there were difficulties related to social reintegration, coping with the look of estrangement from the other and with their own, before a new image. It was concluded that it is extremely important to invest in prevention and information programs to avoid the occurrence of new cases of self-inflicted burns that cause devastating consequences in these people.

Keywords: suicide, attempted suicide, self-inflicted burns; self-immolation.

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, na linha de pesquisa “Processos Saúde-Doença em Contextos Institucionais”. O foco de investigação deste estudo foram as tentativas de suicídio realizadas a partir das queimaduras autoinfligidas. Esta temática é bastante desenvolvida em estudos internacionais, no entanto aqui no Brasil, existem ainda poucos estudos sobre este assunto. Ainda assim, na literatura científica existente pouco se dedica a abordar sobre os aspectos emocionais que estão associados a este acontecimento, os estudos priorizam sim, explorar os dados demográficos sobre os sujeitos que cometem este ato. Para a apresentação dos resultados encontrados, a dissertação foi dividida em duas seções.

Na Seção I, encontra-se o artigo teórico “Tentativas de suicídio provocadas por queimaduras autoinfligidas: Uma Revisão Sistemática da Literatura”. Neste artigo, foram apresentadas e discutidas as pesquisas existentes, publicadas no período de 2007 a 2012, encontrando-se que na maioria dos casos, as tentativas de suicídio provocadas por queimaduras autoinfligidas são realizadas por mulheres, adultas jovens, com baixo nível de escolaridade, geralmente casadas e que realizam o ato em sua própria casa.

Na Seção II, apresenta-se o artigo empírico “Cicatrizes de um trauma: Aspectos emocionais relacionados ao ato da tentativa de suicídio pelo uso do fogo” onde se tinha por objetivo compreender que aspectos estavam relacionados à tomada de decisão para a realização deste ato, analisando também o contexto de vida que as mesmas se encontravam após tal acontecimento. O estudo se organizou a partir de entrevistas realizadas com oito mulheres em um hospital referência em atendimento à vítimas de queimaduras localizado na cidade de Porto Alegre.

Espera-se que esta dissertação forneça subsídios para o desenvolvimento de intervenções clínicas e programas de prevenção a fim de divulgar e evitar que novos casos aconteçam por falta de conhecimento da população. E, que também seja criada intervenções que possam ser realizadas ao longo do tratamento destes pacientes, principalmente na fase de acompanhamento ambulatorial, possibilitando sua re-inserção social. Sendo assim, acredita-se que tais recursos poderão aprimorar a saúde mental destes pacientes.

Seção I – Artigo

TENTATIVAS DE SUICÍDIO PROVOCADAS POR QUEIMADURAS AUTOINFLIGIDAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Introdução

As tentativas de suicídio caracterizam-se por comportamentos de autoagressão, que não caracterizam o óbito, ainda que muitas vezes possam ocorrer situações de hospitalização (Mello, Mello & Kohn, 2007). As pessoas utilizam diferentes métodos para a tentativa de suicídio, tais como: arma de fogo, enforcamento, envenenamento, uso excessivo de medicamentos e mesmo as queimaduras autoinfligidas. Esses diferentes métodos variam conforme a região geográfica, o gênero e os fatores sociais que influenciam a vida dos sujeitos (Maghsoudi, Garadagi, Jafary, Azarmir, Aali, Karimian & Tabrizi, 2004).

A autoimolação através de queimaduras autoinfligidas refere-se ao ato de queimar-se usando líquidos inflamáveis (Rezaie, Khazaie, Soleimani & Schwebel, 2011). É considerada como um dos métodos mais terríveis nos casos de tentativas de suicídio, pois produz cicatrizes desfigurantes, o tratamento e a recuperação são dolorosos, além de apresentar alto risco de mortalidade. A taxa de mortalidade e o período de hospitalização aumentam nos casos de queimaduras autoinfligidas quando comparados a casos de queimaduras acidentais (Buttemeyer, Steen, Henkel & Germann, 2004) já que, no primeiro caso, a extensão e a profundidade das queimaduras costumam ser muito mais significativas do que nos casos de acidentes. Além disso, no período da hospitalização ocorrem situações de infecções complicadas e dificuldades de aderência dos pacientes ao tratamento (Theodorou *et al.*, 2011).

Quanto à incidência das tentativas de suicídio por queimaduras, nos países Europeus predomina pessoas do sexo masculino, enquanto nos países do Oriente Médio e Índia a predominância é do sexo feminino (Laloë, 2004). No Brasil alguns estudos também apontam para a prevalência de mais mulheres se tratando de queimaduras autoinfligidas (Macedo, Rosa & Silva, 2011; Dutra, Penna, Vargens & Serra, 2011). Em relação à faixa etária, no Oriente o pico está nas idades entre 20-29 anos, conservando a incidência da ocorrência do mesmo sobre as mulheres independentemente da faixa etária

(Alaghebandan, Lari, Joghataei, Islami & Motavalian, 2011). Já nos países do Ocidente, a ocorrência é maior entre os 30 e 59 anos (Thombs, Bresnick & Magyar-Russel, 2007).

Nos casos de tentativas de suicídio por fogo uma extensa área do corpo acaba sendo atingida pelas queimaduras causando danos tanto de ordem física, quanto psíquica (Carlucci, Rossi, Ficher, Ferreira & Carvalho, 2007). Para aqueles sujeitos sobreviventes, a extensão da superfície corporal afetada atinge uma média de 56,1% e, nos casos de óbito os sujeitos têm em média 95% do seu corpo queimado (Alaghebandan *et al.*, 2011).

A partir do uso generalizado dos aceleradores, as partes do corpo que são mais afetadas no momento da tentativa de suicídio são o rosto, o tronco e os membros inferiores, sendo comum que durante esse acontecimento os sujeitos não queiram se defender das chamas que envolvem seus corpos, produzindo queimaduras ainda mais graves e extensas (Rashid & Gowar, 2004). O local escolhido para a realização de tal ato em grande parte dos casos (73%) foi a sua própria residência (Macedo *et al.*, 2011).

A vivência de uma queimadura que se estende por significativa área do corpo trará importantes mudanças na vida de um sujeito acometido por esse trauma. Dentre essas mudanças estão as físicas, que se referem ao novo corpo que se apresentará, e as psíquicas, que estão associadas à aceitação dessa nova imagem e a retomada do convívio com outras pessoas (Carlucci *et al.*, 2007). Sendo assim, aumenta a necessidade de estudos sobre essa temática, a fim de se conhecer melhor o contexto de vida desses sujeitos, compreender as consequências psicológicas desse ato e possíveis intervenções para a prevenção desse acontecimento.

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão sistemática de literatura sobre aspectos psicossociais que estão relacionados aos casos de tentativas de suicídio realizadas a partir das queimaduras autoinfligidas, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2012.

Método

Critérios de Inclusão/Exclusão

a) Os artigos deveriam examinar as tentativas de suicídio realizadas a partir de queimaduras autoinfligidas em adultos;

b) os termos *attempted suicide* (suicídio) e *burns* (queimaduras) deveriam aparecer no título, no resumo ou nas palavras-chave dos artigos;

c) os artigos deveriam ser empíricos e publicados em revistas científicas que usam revisão por pares, no período de janeiro de 2007 e dezembro de 2012 (período de cinco anos);

d) Foram excluídas do estudo as produções oriundas de Congressos (resumos, resumos expandidos ou textos completos), dissertações de mestrado, teses de doutorado, livros ou capítulos de livros, resenhas, comentários de artigos e editoriais, artigos de desenvolvimento, adaptação e/ou validação de instrumento e, os artigos que investigavam situações de queimaduras ocasionadas por outros métodos (acidentais ou provocadas por outra pessoa).

Bases de Dados

As pesquisas foram feitas nas bases de dados *Academic Search Premier*, *MEDLINE/ Pubmed*, *Lilacs* e *SciELO*. A combinação dos descritores para a busca foram: *attempted suicide and Burns*.

Procedimentos de organização do material

A Figura 1 ilustra os procedimentos realizados para a seleção do material.

Figura 1. Processo de seleção do material para o estudo.

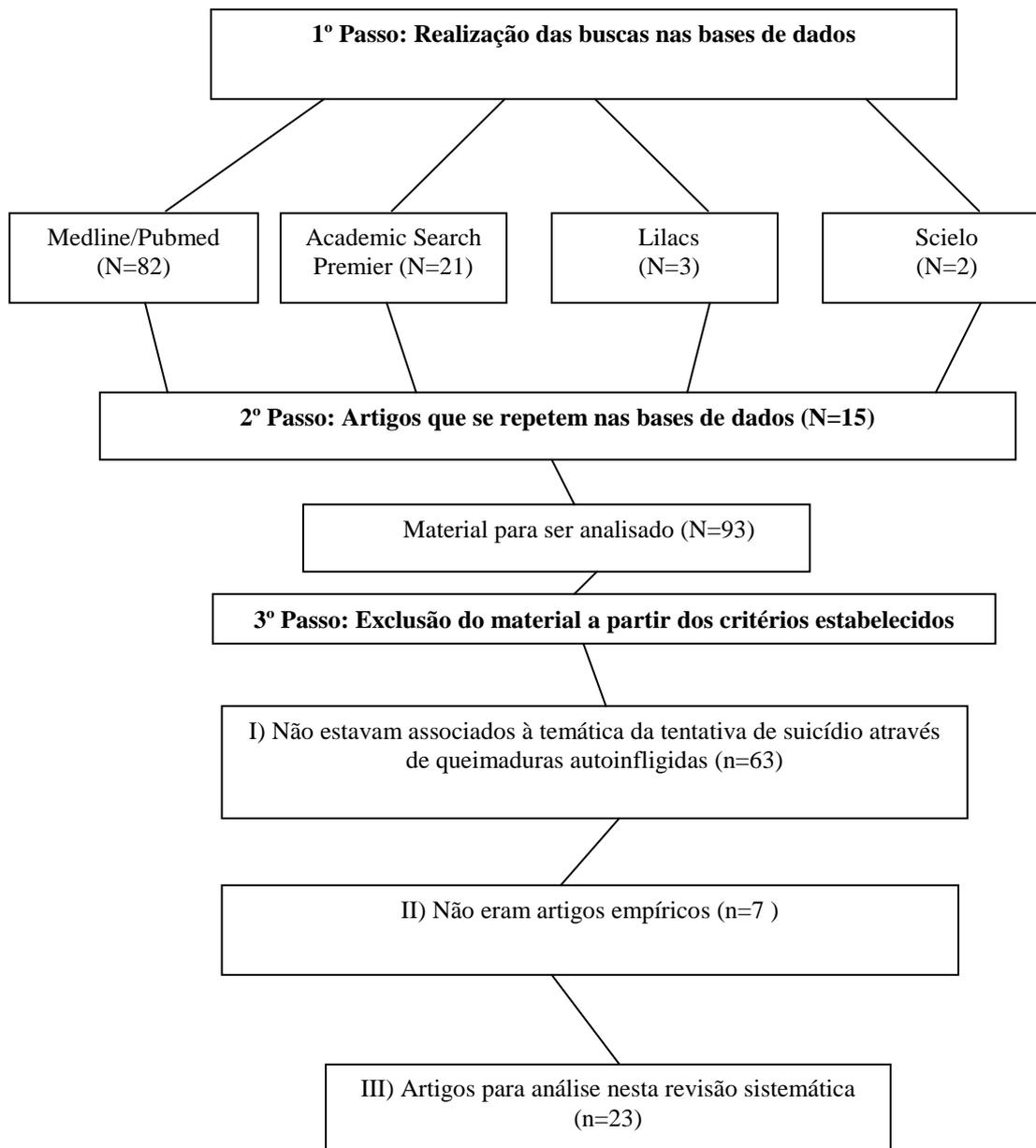


Figura 1. Critérios de Seleção dos Artigos para a Revisão Sistemática

Resultados e Discussão

A Tabela 1 apresenta a descrição das principais características dos vinte e três artigos selecionados para a análise. Nove deles foram realizados no Irã, dois nos Estados Unidos e os outros foram realizados na Suíça, Reino Unido, Turquia, Brasil, Irlanda, China, Alemanha, Portugal, Áustria, Paquistão, Nigéria e Croácia. O tamanho da amostra desses estudos variou de 4 a 265.629 participantes. Todos os artigos analisados estavam associados à temática da tentativa de suicídio provocadas a partir das queimaduras autoinfligidas.

Tabela 1
Resumo dos Artigos Analisados

Base/ Revista/ Ano	Título	Autor Origem	Amostra	Objetivos	Instrumento e procedimentos	Resultados	Conclusão
MEDLINE / Pubmed/ Burns/ 2012	Suicidal burn in Hong Kong.	Chan & Burd (2008) China.	31 pacientes internados com queimaduras autoinfligidas.	Rever a experiência no tratamento de pacientes que sofreram queimaduras associadas tentativas de suicídio num período de dez anos e avaliar a probabilidade de reincidências de tentativas de suicídio após a primeira tentativa com o fogo.	Prontuários de pacientes internados na unidade de queimados de um hospital durante o período de Jan/2000 a Dez/2009 com queimaduras resultantes de tentativas de suicídio.	74% dos pacientes tinham um histórico conhecido de doença psiquiátrica. As razões mais comuns para as tentativas de suicídio foram os problemas de relacionamento e dificuldades financeiras. Seis pacientes (19%) morreram. Apenas quatro, de 23 pacientes relataram outras tentativas de suicídio/parasuicídio.	A maioria dos pacientes suicidas é relativamente jovem. As queimaduras extensas podem resultar em mortalidade elevada. Apesar da mortalidade elevada, uma vez que estes pacientes sobrevivem a lesão inicial, eles não estão suscetíveis de cometer suicídio novamente.
MEDLINE /Pubmed/ Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões/ 2011	Queimaduras autoinfligidas: tentativa de suicídio.	Macedo, et al. (2011) Brasil.	278 pacientes vítimas de queimaduras.	Analisar a incidência, as características, a conduta e taxa de mortalidade de pacientes com queimaduras autoinfligidas internados em um hospital.	Os dados foram obtidos a partir de um questionário que investigava dados clínicos e sociodemográficos, na admissão e foram registrados prospectivamente durante a internação. Os pacientes foram seguidos até a alta ou o óbito.	15 dos 278 casos da unidade de queimados foram de autolesão por queimaduras. O motivo encontrado com maior frequência foi a existência de um conflito conjugal. O álcool foi usado por 66,7% dos pacientes como causa das queimaduras. A média de duração do tratamento foi 20,1 ± 14,8 dias. Pacientes com queimaduras autoinfligidas apresentaram lesões mais extensas, permaneceram mais tempo no hospital e tiveram pior prognóstico que os demais pacientes.	Pacientes com autolesão por queimaduras apresentaram média de idade mais elevada, maior superfície corporal queimada, maior período de internação, mais complicações infecciosas e maior taxa de letalidade do que os pacientes com queimaduras acidentais. Esses pacientes precisam de constante suporte psiquiátrico, que pode ser útil na prevenção de futuros episódios de autoagressão.
MEDLINE / Pubmed/ Burns/ 2011	Self-inflicted burns in the Irish National Burns Unit.	Seoighe et al. (2011) Irlanda.	87 pacientes com queimaduras autoinfligidas.	Explorar a incidência de queimaduras autoinfligidas numa Unidade de Queimados estabelecendo os dados demográficos destes pacientes e as características das queimaduras.	A partir de um acesso ao banco de dados da Unidade Nacional de Queimados foram identificados todos os pacientes com queimaduras auto infligidas.	As queimaduras auto infligidas representaram 4,2% das admissões na Unidade Nacional de Queimados da Irlada. A idade média foi de 38 anos, a maioria dos pacientes eram do sexo feminino, solteiros ou separados, estavam desempregados e tinham algum histórico psiquiátrico.	As queimaduras autoinfligidas não são comuns na Irlanda, totalizando 4,2% do número total de admissão por queimaduras. História psiquiátrica é um fator de risco para queimaduras autoinfligidas. Esses pacientes costumam exigir bastante dos prestadores de cuidados de saúde.

MEDLINE / Pubmed/ Burns/ 2011	Self-immolation a predictable method of suicide: A comparison study of warning signs for suicide by self-immolation and by self-poisoning.	Rezaie et al. (2011b) Irã.	200 pacientes, dos quais 63 tentaram suicídio por autoimolação e 137 por auto-envenenamento.	Compreender os sinais de alerta para o suicídio por autoimolação e autoenvenenamento.	Entrevistas com parentes de primeiro grau das vítimas.	Os pacientes que tentaram suicídio por autoenvenenamento eram mais propensos a terem comportamentos de busca por dispositivos para se matar anteriormente. Ter mostrado humor deprimido e alterações graves de humor, ter mostrado falta de interesse no trabalho e na educação, e ter mostrado comportamentos imprudentes foram alguns dos indicativos encontrados. Outros sintomas não foram significativamente diferentes entre os grupos. O grupo que tentou suicídio por autoenvenenamento parecia fazê-lo com um planejamento mais substancial do que aqueles que tentaram o suicídio por autoimolação.	Sinais de alerta para suicídio por autoimolação eram diferentes e menores do que os sinais de alerta para suicídio por autoenvenenamento nessa amostra. Previsão e prevenção de suicídio por autoimolação pode ser mais difícil do que a prevenção do suicídio por outros métodos
MEDLINE / Pubmed/ Acta Medica Iranica/ 2010	A survey of suicide by burning in Tehran, Iran.	Taghaddosinejad et al. (2010) Irã.	374 vítimas de suicídio por queimaduras.	Identificar as características de suicídio consumado por queimaduras autoinfligidas.	Foi realizada uma análise retrospectiva dos dados obtidos a partir de um sistema judicial no período de cinco anos.	A taxa de incidência anual foi de 0,9 por 100 mil/pessoas ao ano. O grupo de maior risco foi de mulheres jovens. Sessenta e cinco sujeitos (17,4%) morreram no local do incidente. O local no momento da tentativa de suicídio em todas as vítimas do sexo feminino e 75,4% do sexo masculino foi sua própria casa. Sessenta e um por cento dos falecidos eram casados e 26,2% delas não tinham educação.	As queimaduras autoinfligidas foram mais freqüente em mulheres, e foi observado, principalmente, em grupos etários jovens e moradores das zonas suburbanas com baixo nível de educação. Estas características sugerem que os fatores sociais são a unidade principal que leva a uma taxa inaceitavelmente elevada de suicídio por queimaduras no Teerã.
MEDLINE / Pubmed/ Burns/ 2011	The self-inflicted burns-Typology and its prognostic relevance in a 14-year review of self-inflicted burns in a tertiary referral centre	Moniz et al. (2011) Portugal.	56 pacientes que sofreram queimaduras autoinfligidas.	Classificar de acordo com a ferramenta de SIB-Tipologia, todos os pacientes internados por queimaduras autoinfligidas, em três classes: "típico", "delirante" e "reativa".	Prontuários de 56 pacientes internados em nossa Unidade de Queimados com o diagnóstico de lesão SIB nos últimos 14 anos.	Houve uma ligeira predominância do tipo "típico" (44,6%), seguido do tipo "delirante" (30,4%), e, finalmente, do tipo "reactivo" (25,0%). A mortalidade foi significativamente maior no subgrupo "típico".	Concluindo, a ferramenta SIB-Tipologia parece ser um instrumento valioso no manejo clínico de pacientes com queimaduras autoinfligidas.

MEDLINE / Pubmed/ Burns/ 2011	Is self-immolation a distinct method for suicide? A comparison of Iranian patients attempting suicide by self-immolation and by poisoning.	Rezaie et al. (2011a) Irã	200 pacientes que tentaram o suicídio	Identificar características que possam discriminar o risco de autoimolação de outros métodos de suicídio.	Questionário e entrevista técnica.	Os pacientes que tentaram suicídio por autoimolação quando comparados ao grupo de pacientes que tentaram suicídio por envenenamento foram em sua maioria do sexo feminino, mais velhos, com menor escolaridade, e eram casados. A intenção suicida foi associada com o aumento do risco de suicídio por envenenamento.	Pacientes que tentam o suicídio por autoimolação têm fatores de risco distintos e específicos em comparação com pacientes que cometem suicídio por envenenamento. Os resultados têm implicações para o desenvolvimento de intervenções visando as populações em risco.
MEDLINE / Pubmed/ Burns/ 2011	A prospective population-based study of suicidal behavior by burns in the province of Ilam, Iran.	Alaghebandan, Lari, Joghataei, Islami, & Motavalian. (2011) Irã.	51 pacientes com comportamento suicida por queimaduras.	Examinar as características epidemiológicas dos pacientes que tentaram suicídio por queimaduras e que necessitaram de hospitalização.	Entrevistas com pacientes e familiares durante o período de hospitalização.	51 pacientes com comportamento suicida por queimaduras foram identificados durante o período de estudo, o que representa uma taxa de incidência global de 12,5 por 100.000 pessoas-ano. As mulheres tinham uma taxa mais elevada de comportamento suicida por queimaduras. O pico apresentou-se na faixa etária entre 20-29 anos, e foi ligeiramente maior entre as pessoas. Além disso, a taxa de incidência na população rural foi significativamente maior. E, o fator precipitante mais frequente eram os conflitos conjugais.	A alta taxa de comportamento suicida por queimaduras entre jovens e mulheres casadas é um alarme social. As conclusões deste estudo apontam para a necessidade de implementação de uma abordagem bem organizada para reduzir a incidência de suicídio por queimaduras.
MEDLINE / Pubmed/ Journal of the Pakistan Medical Association/ 2010	Self inflicted burn; a high tide.	Tahir et al. (2010) Paquistão.	154 casos de pacientes com queimaduras autoinfligidas.	Destacar o perfil demográfico dos pacientes que tentam suicídio por queimaduras, e explorar os fatores precipitantes que podem levar a este comportamento.	A coleta ocorreu em uma unidade de emergência num período de oito anos. Havia dois grupos: aqueles com intenção suicida e aqueles que tinham intenção de se mutilar. Os mesmos foram analisados quanto à idade, sexo, método usado para provocar as queimaduras, lugar da ocorrência, história psiquiátrica, problemas interpessoais, área de superfície total do corpo (ATSC) e profundidade da queimadura.	A prevalência de queimaduras autoinfligidas foi 9,80%. Os mutiladores eram significativamente mais jovens. Os homens dominaram no grupo com intenção de mutilação e as mulheres nos casos de tentativas de suicídio. O tempo médio de internação não diferiram significativamente entre os dois grupos. A mortalidade no grupo de automutilação foi de 6,38%, em contraste com o de tentativas de suicídio onde era 33,65%.	As mudanças radicais nas vidas dessas pessoas, nos seguintes aspectos: condição socioeconômica, sistema familiar tradicional, o sistema político e da justiça, tem refletido com o aumento da prevalência de autoindicações tanto como automutiladores como em casos de tentativas de suicídio.

MEDLINE / Pubmed/ Journal of Burn Care & Research/ 2009	A follow-up study of adults with suicidal burns: psychosocial adjustment and quality of life	Daigeler et al. (2009) Alemanha.	45 pacientes com queimaduras autoinfligidas.	Obter informações mais explícitas sobre os fatores predisponentes, o incidente em si, o curso clínico e os resultados deste ato. Foi dada uma atenção especial aos parâmetros psiquiátricos e psicossociais antes e depois da tentativa de suicídio	Os dados dos 45 pacientes que foram tratadas para queimaduras suicidas de 1994-2005 foram adquiridos a partir de prontuários dos pacientes e entrevistas com questionários padronizados relativas ao seu estado anterior, ao trauma psicológico e pós-trauma, bem como sobre sua qualidade de vida, com especial referência a ajustes psicossociais.	Nenhum dos pacientes que tinham mais de 69% da área do corpo atingida pelas queimaduras sobreviveu, ninguém com 41% ou menos morreu. A maioria dos pacientes tinha diagnóstico prévio de distúrbios psiquiátricos. A formação educacional e social dos pacientes e crenças religiosas desempenharam um papel menor para a escolha deste método de suicídio. Níveis de agressão estavam acima da média da população. 40% dos pacientes realizaram, sem sucesso, tentativas de suicídio subsequentes. A maioria dos pacientes melhorou seus contatos sociais, e não sentiu perda relevante da qualidade de vida em comparação com sua situação pessoal anterior a tentativa de suicídio.	Os pacientes que sobreviveram à tentativa de suicídio podem se integrar na vida social novamente sem maiores dificuldades. No entanto, mais dados são necessários para identificar com segurança os pacientes com riscos prévios.
MEDLINE / Pubmed/ Crisis/ 2009	Suicidal behavior by burns in the province of Fars, Iran.	Lari et al. (2009) Irã.	125 pacientes com comportamento suicida por queimaduras.	Descrever as características epidemiológicas dos comportamentos suicidas por queimaduras.	Entrevistas com pacientes, familiares e/ou pessoas próximas realizadas durante o curso da hospitalização.	Um total de 125 pacientes com comportamento suicida por queimaduras foram identificados durante o período de estudo, o que representa uma taxa de incidência global de 4,3 por 100.000. Mulheres tiveram a maior taxa de comportamento suicida por queimaduras do que os homens. A taxa de idade específica de comportamento suicida por queimaduras atingiu um pico de idade 20-29 anos. Homens solteiros com idade entre 20-39 anos e jovens mulheres casadas com idade entre 15-29 anos estavam em maior risco de comportamento suicida por queimaduras. O fator precipitante mais comum (74,4%) para o comportamento suicida foi uma briga com um membro da família, um parente, e / ou um amigo.	A alta taxa de comportamento suicida por queimaduras entre as mulheres jovens/casadas é preocupante. Fatores sociais, culturais e econômicos podem contribuir para o comportamento suicida e precisam ser abordadas por meio da educação, compromisso e apoio social.

MEDLINE / Pubmed/ Journal of Burn Care & Research/ 2009	Profile of self-inflicted burn patients treated at a tertiary burn center in Istanbul.	Uygur et al. (2009) Turquia.	32 pacientes que estavam internados por tentativas de suicídio.	Identificar as características epidemiológicas dos pacientes com queimaduras autoinfligidas tratados em um Centro de Queimaduras.	Prontuários de 32 pacientes que estavam internados num centro de queimados por tentativa de suicídio.	Dezessete pacientes tinham um histórico prévio de autodestruição e 22 pacientes estavam desempregados. História de doença psiquiátrica foi encontrada em 20 pacientes. A média total de área de superfície corporal queimada foi de 70%. A taxa de mortalidade foi de 43,4%.	O estudo demonstrou que as tentativas de suicídio por queimadura diferem nas culturas orientais e ocidentais, a partir de fatores e características demográficas. Concluiu-se que a solução para evitar as queimaduras autoinfligidas exige esforços conjuntos de médicos, psicólogos e sociólogos. Além disso, é necessário restabelecer os programas de prevenção e rever estratégias de prevenção com base na cultura de cada país.
MEDLINE / Pubmed/ Burns/ 2009	A new diagnostic tool for the classification of patients with self-inflicted burns (SIB): the SIB-Typology and its implications for clinical practice.	Titscher et al. (2009) Austria.	36 pacientes que tentaram o suicídio à partir das queimaduras autoinfligidas.	Analisar a incidência de transtornos psiquiátricos e o resultado global em pacientes com queimaduras autoinfligidas internados no Centro de Queimadura de Viena nos últimos 11 anos.	Prontuários de pacientes que sofreram lesões por queimaduras autoinfligidas.	A maioria dos pacientes utilizou a gasolina para a realização do ato e as mulheres tiveram uma maior área do corpo atingida pelas chamas. As histórias psiquiátricas foram confirmadas em 63,9% dos casos. Os pacientes foram subdivididos em três grupos chamados: típico, delirante e reativo.	Pacientes com queimaduras autoinfligidas são exigentes e necessitam de um atendimento especial da equipe de saúde envolvida com os mesmos. Para isso pensou na criação e utilização da ferramenta SIB-T, a fim de aprimorar a identificação e o tratamento destes pacientes.
MEDLINE / Pubmed/ Burns/ 2009	Demographic risk factors of self-immolation: a case-control study.	Ahmadi et al. (2009) Irã.	30 casos de pacientes com queimaduras autoinfligidas e 30 casos pessoas selecionadas na comunidade.	Investigar fatores de risco demográficos para a autoimolação.	Foram investigados à partir da aplicação de questionários demográficos, incluindo: idade, sexo, área de moradia, tamanho da família, estado civil, número de filhos, o Índice de Massa Corporal (IMC), a ordem de nascimento, estado de emprego, escolaridade, abandono escolar precoce.	Ser o primeiro filho ou o último na ordem de nascimento da família foi associado a um aumento do risco de autoimolação. Além disso, entre os participantes ser casados e ter filhos foi associado com diminuição do risco de autoimolação.	Este estudo concluiu que ser o primeiro ou o último filho de uma família pode ser considerado um fator de risco para a autoimolação. Para as pessoas casadas, com filhos pode servir como um fator de proteção para a de autoimolação. Outras variáveis como o tamanho da família, estado civil, número de filhos, o IMC, o estado de emprego, nível educacional, ter abandonado cedo a escola, podem não desempenhar um papel importante como fatores de proteção ou de risco individual para a autoimolação.

MEDLINE / Pubmed/ Nigerian Postgraduate Medical Journal/ 2008	Severe burn trauma from deliberate self- harm: the Sokoto experience.	Legbo et al. (2008) Nigéria.	Sete pacientes que sofreram queimaduras autoinfligidas.	Avaliar as principais características de pacientes que sofreram queimaduras num ato de automutilação.	Prontuários de pacientes.	Todos os pacientes realizaram tal ato em sua própria casa e utilizaram para isso a querosene. Em todos os casos os pacientes relataram que a intenção era a de tirar a própria vida. Os fatores desencadeantes foram principalmente psicossociais e econômicos. Dois pacientes haviam tentado o suicídio anteriormente. Apenas um paciente tinha algum histórico de doença psiquiátrica. Todos tiveram queimaduras graves que variavam de 45% a 98% da área da superfície corporal. A adesão ao tratamento foi geralmente ruim. Cinco pacientes morreram.	A morbidade e mortalidade são elevadas não só por causa da natureza da lesão, mas provavelmente por causa de uma fraca adesão ao tratamento por estes pacientes.
MEDLINE / Pubmed/ Collegium Antropologicum/ 2007	Self-inflicted burns in patients with chronic combat-related post-traumatic stress disorder.	Bras, et al. (2007) Croácia.	Quatro pacientes que sofreram queimaduras autoinfligidas com história pré- mórbida de TEPT (transtorno de estresse pós- traumático).	Analisar os possíveis impactos da maneira com a qual a mídia apresenta os casos de queimaduras autoinfligidas que podem acabar induzindo a novos casos deste tipo de suicídio, conhecido na literatura como "Síndrome de Werther".	Foram realizados quatro relatos de caso com informações sobre os dados demográficos e as informações sobre o incidente, tratamento de queimaduras, gravidade e evolução dos pacientes que sofreram queimaduras e se tinham história pré-mórbida psiquiátrica de TEPT.	Todos os pacientes entrevistados eram do sexo masculino, com idades entre 34 e 45 anos, a maioria realizou o ato com o uso de gasolina, todos receberam tratamento para TEPT, com área do corpo atingida pela queimaduras variando ente 30% e 80%. Foi comprovado que a mídia teve papel importante na indução e inibição de caos de suicídio.	Tratamento psiquiátrico contínuo de indivíduos vulneráveis poderia ser útil na prevenção de casos de queimaduras autoinfligidas.
Academic Search Premier/ Critical Care Medicine/ 2008	Mortality risk and length of stay associated with self-inflicted burn injury: Evidence from a national sample of 30,382 adult patients.	Thombs et al. (2008) EUA.	30.382 pacientes que sofreram lesões térmicas no período e 1995 a 2005 que passaram pelos centros de queimadura dos EUA.	Relatar as características demográficas e clínicas de pacientes internados em centros de queimaduras com ferimentos de queimaduras autoinfligidas e avaliar o risco de mortalidade e tempo de permanência em comparação com pacientes cujos ferimentos não eram autoinfligidos.	Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo, a partir do acesso as bases de dados dos centros de tratamento de queimaduras dos EUA, foram investigados os casos de queimaduras auto-infligidas.	Os pacientes com ferimentos autoinfligidos tiveram maior TBSA queimado (32,0% vs 12,8%, p <0,01) e maior TBSA com queimaduras de terceiro grau (20,6% vs 4,9%, p <0,01) e tiveram maior probabilidade de sofrer alguma lesão por inalação (37,3% vs 12,8%, p <0,01). Os pacientes com ferimentos autoinfligidos tinham maior risco de mortalidade (23,6% vs 6,8%, p <0,01) e precisaram de cuidados mais intensivos (mediana de 4 dias vs 0 dias, p <0,01) e internação mais	Os pacientes com lesões por queimaduras que não foram autoinfligidas não tem maiores riscos de mortalidade e não necessitam de períodos mais longos de tratamento intensivo ou hospitalização, quando comparados aos pacientes com queimaduras autoinfligidas.

Academic Search Premier BURNS/ 2011	A prospective population-based study of suicidal behavior by burns in the province of Ilam, Iran.	Alaghebandan, Lari, Joghataei, & Islami (2011) Irã.	130 pacientes com comportamento suicida por queimaduras.	Examinar o estado civil, área onde residem, e alfabetização entre os pacientes com comportamento suicida por queimaduras.	Os dados foram obtidos através de entrevistas realizadas durante o curso da hospitalização destes pacientes.	prolongada (média de 23 dias contra 8 dias, $p < 0,01$). Pacientes com queimaduras que não foram autoinfligidas, não eram propensos a morrer de seus ferimentos (23,6% vs 23,1%, $p = 0,84$), não requeriam cuidados e estadias mais intensivos (4 dias vs 3 dias, $p = 0,75$), e não requeriam internação hospitalar mais prolongada (23 dias contra 18 dias, $p = 0,50$).	A alta taxa de comportamento suicida entre os jovens e as mulheres casadas é uma tragédia social.
MEDLINE / Pubmed/ Journal of Burn Care & Research/ 2012	Attempted suicide by self-immolation is a powerful predictive variable for survival of burn injuries	Forster et al. (2012) Suíça.	Dos 2813 pacientes tratados na Unidade de Queimados, 191 (6,8%) foram identificados como sendo tentativas de suicídio.	Identificar as diferenças em relação à gravidade da lesão e mortalidade entre as vítimas de suicídio por queimaduras em relação aqueles que sofreram ferimentos acidentalmente; Determinar o impacto possível do suicídio como uma variável de prognóstico em um sistema de pontuação tal como o índice abreviado sobre a gravidade de queimaduras (ABSI).	Foram utilizados os prontuários dos pacientes. Antes de 1998, os dados foram extraídos de arquivos em papel, enquanto que os registros dos 10 anos seguintes foram obtidos a partir da clínica computadorizada.	Dos 2813 pacientes incluídos no estudo, 191(6,8%), foram casos de suicídio ou tentativa de suicídio. Entre os casos de pacientes suicidas, aparece predomínio do sexo feminino e idade adulta jovem. Dois terços das vítimas de suicídio tinham comorbidades preexistente. No que se referem aos distúrbios psiquiátricos, 35% dos homens e 31% das mulheres apresentaram algum diagnóstico. A área do corpo atingida foi significativamente maior para aqueles que morreram do que para aqueles que sobreviveram. E os pacientes suicidas sofreram queimaduras significativamente maiores do que aqueles que sofreram queimaduras por acidente. As vítimas	O suicídio é um forte preditor de mortalidade em vítimas de queimaduras. Autores sugeriram incluí-lo como uma variável fixa em sistemas de pontuação para estimar mortalidade de um paciente após o mesmo ter sofrido queimaduras, tal como o ABSI instrumento amplamente utilizado.

MEDLINE / Pubmed/ Burns/ 2007	Prevention of self-immolation by community-based intervention	Ahmadi & Ytterstad (2007) Irã	As populações de duas comunidades no Irã, particularmente a mulheres jovens de grupos socioeconomicamente desfavorecidos.	Descrever a eficácia de um programa de prevenção contra a autoimolação em comunidades.	A coleta de dados foi realizada de Mar/1999 a Mar/2003. Nos primeiros 12 meses a coleta foi realizada em uma base de dados do hospital de emergência e nos anos subsequentes foram realizadas intervenções passivas e ativas com uso de vídeos de relatos de mulheres que haviam tentado o suicídio com fogo.	de autoimolação não diferem dos pacientes com queimaduras de acidentes, quanto a gravidade da lesão e mortalidade.	O programa de intervenção realizado na comunidade visando a prevenção autoimolação pode ser eficaz. Dados locais e exibição de vídeos retratando histórias de vítima de tentativas de autoimolação são um estímulo para a ação comunitária.
MEDLINE / Pubmed/ Burns/ 2007	Burns inflicted by self or by others--an 11 year snapshot.	Malic et al. (2007) Reino Unido.	Durante um período de 11 anos, de 1.745 pacientes que foram internados num centro, 86 pacientes tiveram queimaduras autoinfligidas.	Investigar as diferenças no que se refere as características do paciente, gestão do tratamento e resultados após a ocorrência da queimadura entre pessoas com queimaduras ocasionadas por autoimolação ou por agressão de outros.	Revisão retrospectiva de prontuários ao longo de 11 anos em um centro terciário de queimaduras.	Histórias de abuso de álcool ou substâncias foi presente em 25% das pessoas de ambos os grupos; 63% dos pacientes com queimaduras autoinfligidas tiveram previamente diagnosticado algum transtorno psiquiátrico. Gasolina, aceleradores e outros líquidos inflamáveis foram os agentes principais escolhidos para infligir as lesões em ambos os grupos. A profundidade da área e distribuição da queimadura foi maior no grupo com queimaduras autoinfligidas em comparação com aqueles que foram agredidos (29% versus 21%). A diferença também foi observada no padrão de distribuição de queimadura entre os dois grupos, bem como entre sexos, embora esta	O problema exige uma abordagem multidisciplinar. A sua gestão requer acompanhamento médico, apoio psicológico profissional e social. Uma maior sensibilização e educação dos indivíduos vulneráveis talvez possa ajudar a prevenir as lesões por queimaduras autoinfligidas.

MEDLINE / Pubmed/ General Hospital Psychiatry/ 2007	Who attempts suicide by burning? An analysis of age patterns of mortality by self-inflicted burning in the United States.	Thombs et al. (2007) EUA.	265.629 casos de suicídio por todos os métodos, dos quais 1466 destes realizaram tal ato a partir das queimaduras autoinfligidas.	Comparar os padrões etários de suicídio consumado pelo fogo nos EUA a padrões etários em suicídio por todos os métodos, como um indicador de que o suicídio por queimaduras pode ser um fenômeno relacionado à alteração do estado mental (psicose e / ou intoxicação).	Análise de três bases de dados nacionais dos EUA: dados sobre os ferimentos fatais, as estimativas de dados sobre lesões não fatais e dados sobre a mortalidade de tais pacientes.	diferença não tenha sido significativa. Dois terços (67,4%) dos pacientes autoimolados e 56% do grupo que foi agredido necessitaram de cirurgia. A taxa de mortalidade para o grupo com queimaduras autoinfligidas foi de 29%, enquanto que nos pacientes agredidos, a taxa de mortalidade foi de 4,9%.	Padrões de idade, desordens psiquiátricas e abuso de substâncias podem estar presentes em uma proporção substancial das vítimas de queimaduras autoinfligidas.
MEDLINE / Pubmed/ Journal of Burn Care & Research/ 2007	Suicide by self- immolation: Comprehensiv e overview, experiences, and suggestions.	Ahmadi (2007) Irã	90 pacientes que cometeram o suicídio com sucesso, e destes 37 casos que cometeram o suicídio por autoimolação.	Identificar as características epidemiológicas, as causas e os possíveis fatores de proteção em relação ao suicídio por queimaduras e desenvolver programas de intervenção eficazes com base na abordagem de saúde pública para a prevenção.	Estudo transversal retrospectivo através de questionários demográficos e listas de pacientes suicidas.	81% dos pacientes que cometeram suicídio por autoimolação eram do sexo feminino, e a proporção entre o sexo feminino: masculino foi 4,3:1. Um total de 86,5% dos pacientes tinham entre 11 e 30 anos de idade. A idade média foi de 24,9 anos. 49% eram solteiros, 84% eram analfabetos ou tinham um baixo nível de educação, 78,5% eram donas de casa, e 14% estavam desempregados. Além disso, a maioria dos pacientes (53%) estavam vivendo na área rural, 97% não tinham histórico de tentativa de suicídio anterior, e 67,5% se arrependeu de seu ato de autoimolação. A maioria das autoimolações (64,8%) ocorreu durante o dia, e o fator de motivação mais comum foi um conflito conjugal (32,5%).	Este estudo encontrou que a autoimolação deve ser considerada como um problema de saúde mental em nossa sociedade, e é necessário implementar programas e estratégias para evitá-lo. A abordagem da saúde pública fornece um quadro para uma Estratégia Nacional de Prevenção para resolver este grave problema nacional. Dados locais sobre vítimas e históricos de vítimas de autoimolação devem servir como um estímulo para a ação comunitária.

Os estudos tinham por objetivo investigar questões como: fatores predisponentes da tentativa de suicídio por uso do fogo, o acontecimento em si, o curso clínico e o resultado do ato (Daigeler *et al.*, 2009; Tahir, Memon, Kumar & Ali, 2010), o impacto do suicídio (Forster *et al.*, 2012), características epidemiológicas e os fatores etiológicos de suicídio por queimaduras (Ahmadi, 2007; Uygur, Sever, Oksüz, & Duman, 2009; Alaghebandan, Lari, Joghataei, Islami & Motavalian, 2011; Lari, Alaghebandan, Panjeshahin & Joghataei, 2009; Legbo, Ntia, Opara & Obembe, 2008), características sociodemográficas (Alaghebandan *et al.*, 2011; Ahmadi, Mohammadi, Schwebel, Khazaei, Yeganeh, & Almasi, 2009), incidência das queimaduras autoinfligidas (Seoighe, Conroy, Hennessy, Meagher & Eadie, 2011; Chan & Burd, 2012), comparação entre as queimaduras autoinfligidas e outras formas de agressão (Rezaie, Khazaie, Soleimani & Schwebel, 2011a ; Rezaie, Khazaie, Soleimani & Schwebel, 2011b; Malic, Karoo, Austin, & Phipps, 2007), prevenção da autoimolação (Ahmadi & Ytterstad, 2007); diferenças entre o suicídio consumado e a tentativa de suicídio (Thombs, Bresnick, & Magyar-Russell, 2007) e a incidência e taxas de mortalidade de queimaduras por autoagressão (Macedo *et al.*, 2011; Taghaddosinejad, Sheikhzadi, Behnoush, Reshadati & Sabery, 2010; Thombs & Bresnick, 2008). Outros artigos analisaram ainda a incidência de transtornos psiquiátricos, abuso de substância, características sobre as queimaduras sofridas (Titscher, Lumenta, Belke, Komalzy & Frey, 2009; Moniz, Casal, Mavioso, Videira-Castro, & Angélica-Almeida, 2011), e casos de TEPT (Bras *et al.*, 2007).

No que se refere ao sexo, a maioria dos sujeitos que cometem com sucesso a autoimolação são mulheres (Ahmadi, 2007; Ahmadi e Ytterstad, 2007; Alaghebandan *et al.*, 2011) podendo chegar a 81% da amostra (Ahmadi, 2007). Para Alaghebandan *et al.* (2011) em muitos casos as pacientes relataram que tinham a intenção somente de fingir um ato suicida, mas não tinham uma noção real sobre o potencial deste método para alcançar a morte. Com isso, o sexo pode ser compreendido como um fator de risco para a realização deste ato. É possível que isso ocorra por uma influência cultural em que a autoimolação é tida como uma saída para o estresse e a tristeza vivenciada por estas mulheres (Rezaie *et al.*, 2011a). Essas mulheres são em sua maioria jovens e casadas (Alaghebandan, Lari, Joghataei, Islami & Montavalian, 2011; Alaghebandan, Lari, Joghataei & Islami, 2011). A idade também aparece como um fator predisponente

para a realização das queimaduras autoinfligidas, por exemplo, a idade avançada aumenta o risco do suicídio consumado, já entre os mais jovens é mais comum encontrar casos de tentativas de suicídio ou mesmo de parassuicídio (Rezaie *et al.*, 2011a).

Estar trabalhando pode ser considerado um fator de proteção. Aquelas pessoas que estavam desempregadas apresentaram maiores taxas de suicídio e tentativas de suicídio por queimaduras (Ahmadi, 2007). Isso pode estar relacionado a alguns fatores, tais como: dificuldades socioeconômicas, vulnerabilidade psicológica, limitação para lidar com eventos estressores da vida (Ahmadi, 2007). E, quanto à escolaridade, um estudo observou baixo nível de instrução dessas pessoas que tentam suicídio pelo fogo: 27% eram analfabetos, 53,5% tinham até o primeiro grau e 19,5% tinham o ensino médio (Rezaie *et al.*, 2011b).

Os pacientes que cometeram esse ato tiveram, independente da gravidade da lesão, grande área de seus corpos atingida pelas queimaduras, variando de 14 % (Macedo *et al.*, 2011) a 95% (Malic *et al.*, 2007). As cicatrizes físicas atingem com frequência as seguintes áreas do corpo: face, pescoço, tronco e extremidades superiores, coxas (Malic *et al.*, 2007; Uygur *et al.*, 2009). Outro estudo (Daigeler *et al.*, 2009) chegou à conclusão que nenhum dos pacientes que tinha mais de 69% do total da área de superfície corporal queimada sobreviveu e que ninguém com até 41% do corpo queimado chegou a óbito. Além disso, as taxas de mortalidade nos casos de tentativas de suicídio por fogo apresentam-se quase três vezes superiores à taxa de pacientes acometidos por queimaduras acidentais (Forster *et al.*, 2012) e, nos casos em que existia a intenção suicida declarada, a área do corpo afetada também foi significativamente maior (Tahir *et al.*, 2010). Contrariando estes achados no estudo de Thombs e Bresnick (2008), verificou-se que esses pacientes não exigiam uma estadia hospitalar longa para os cuidados intensivos e não apresentavam alto risco de mortalidade.

Em mais de 80% dos casos, o principal mecanismo da lesão das queimaduras autoinfligidas é a chama (Malic *et al.*, 2007). Optou-se na maioria dos casos por líquidos inflamáveis para a realização de tal cena, como a gasolina (Uygur *et al.*, 2009; Titscher *et al.*, 2009) e o álcool (Macedo *et al.*, 2011), que produzem as chamas que provocam as queimaduras. O querosene também é comumente utilizado e foi referido

em 94,1% dos casos encontrados em outra investigação realizada ao longo período de hospitalização de pacientes que apresentaram comportamentos suicidas por queimaduras (Alaghebandan *et al.*, 2011). Grande parte dos sujeitos (92,9%) tenta o suicídio derramando o líquido inflamável sobre seus próprios corpos, suas roupas e ao redor do local onde se encontram (Moniz *et al.*, 2011).

Outro dado importante refere-se ao lugar onde esses sujeitos realizaram a cena traumática, sendo o ar livre um local escolhido com grande frequência (Uygur *et al.*, 2009), bem como a própria casa (Chan & Burd, 2012; Legbo *et al.*, 2008), em um estudo realizado por Macedo *et al.* (2011) 73% dos casos de queimaduras autoinfligidas foram realizados na própria casa do sujeito. Esse último dado pode estar associado ao fato de que nesses casos a maioria dos pacientes estavam desempregados (Seoighe *et al.*, 2011; Chan & Burd, 2012) ou de que as mulheres especificamente desenvolverem seus papéis como donas de casa (Ahmadi, 2007).

O histórico de tentativas de suicídio e mesmo de parassuicídio anteriores à realizada com o fogo, pode ser considerado um importante precedente para a realização da autoimolação (Chan & Burd, 2012; Daigeler *et al.*, 2009). Malic *et al.* (2007) acreditam que situações como essas ocorram pelo menos uma vez antes da tentativa realizada com o fogo. No entanto, contrariando esses achados, Ahmadi (2007) encontrou que a grande maioria (97,5%) dos pacientes não tinha história prévia de tentativas de suicídio e que o ato com o fogo tratava-se de um comportamento impulsivo.

Histórias de doenças psiquiátricas devem ser consideradas em pacientes que tentam suicídio por uso do fogo (Titscher *et al.*, 2009), tomando esse como um fator predisponente à realização da tentativa. O diagnóstico psiquiátrico e/ou de abuso de substâncias foi encontrado em grande parte dos casos de queimaduras autoinfligidas, aparecendo o transtorno depressivo maior em 34,8% dos casos, a ansiedade 3,4%, alguma perturbação psicótica em 41,6% dos casos e os restantes 20,2% tinham alguma doença psiquiátrica não especificada (Thombs *et al.*, 2007). As desordens mentais aqui citadas são reconhecidas como as mais comuns em casos como esses (Macedo *et al.*, 2011), chegando a até 79% da amostra de um estudo realizado na Irlanda, estando esses transtornos associados ainda à síndrome de dependência do álcool (Seoighe *et al.*,

2011). A presença de algum transtorno pode influenciar ainda a não adesão ao tratamento pelo próprio paciente, retardando a recuperação das sequelas da queimadura (Titscher *et al.*, 2009). Em alguns casos, esses sujeitos podem desenvolver ainda, após o trauma da queimadura autoinfligida o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), principalmente em situações onde existe uma história pré-morbida psiquiátrica (Bras *et al.*, 2007).

Outros fatores de risco a serem considerados estão associados ao estado civil, já que se verificou que pessoas casadas estão mais propensas a tentar o suicídio por autoimolação (Rezaie *et al.*, 2011a), bem como ao fato de ser morador de áreas suburbanas (Taghaddosinejad *et al.*, 2010). Ainda sobre os fatores de risco, Ahmadi *et al.*, (2009) encontraram que ser o primeiro ou o último filho na ordem de nascimento da família está associado a um aumento no risco de autoimolação e, que para aqueles sujeitos que são casados, a presença de um filho pode reduzir o risco para tal acontecimento, servindo, pois como um fator de proteção.

São considerados precedentes a esse ato problemas conjugais crônicos (Ahmadi, 2007) como conflitos familiares com os pais, entre os pais ou com outros membros da família, problemas com relações interpessoais (Uygur *et al.*, 2009), ter se sentido sozinho e experimentado forte estresse emocional e sentimentos de agressividade anteriormente a hora da tentativa (Daigeler *et al.*, 2009). As taxas de tentativas de suicídio por queimaduras apresentaram índices superiores para pessoas casadas quando comparadas às pessoas solteiras, sendo que os problemas financeiros também aparecem como motivadores de tal ato (Rezaie *et al.*, 2011b; Alaghebandan *et al.*, 2011).

Sendo assim, ainda que os pacientes relatem bons contatos sociais, a agressividade e a solidão aparecem como sentimentos significativos precedentes ao ato da tentativa de suicídio por fogo, principalmente em casos em que não havia planejamento prévio para realização do mesmo (Daigeler *et al.*, 2009). Alaghebandan *et al.* (2011) encontraram alguns fatores precipitantes ao ato como brigas com algum membro da família, um parente ou um amigo (78,5%), seguido por morbidades psiquiátricas (23,5%) e problemas financeiros (13,7%), podendo apresentar inclusive mais de um desses fatores associados. Foram identificados nesses pacientes distúrbios psiquiátricos, tais como a depressão, o transtorno borderline e esquizofrenia, atingindo

em média 35% dos homens e 31% das mulheres (Forster *et al.*, 2012). Principalmente nos países da Europa, América do Norte e Oriente Médio é muito comum encontrar casos com a presença de algum distúrbio psiquiátrico e no Brasil, os problemas interpessoais e a desarmonia conjugal aparecem muitas vezes como a principal razão para a tomada de decisão ao ato da tentativa de suicídio por queimaduras autoinfligidas (Macedo *et al.*, 2011).

Alguns pacientes (15%) relataram que antes da experiência da queimadura autoinfligida vivenciaram situações de abuso físico e/ou emocional/mental pelo marido, pela família do mesmo ou até mesmo dentro de sua própria família (Alaghebandan *et al.*, 2011). No entanto, também foi possível identificar que as relações sociais sofreram mudanças significativas após a ocorrência da queimadura, quando os pacientes relatam terem intensificado e aprimorado seus contatos com os amigos, conhecidos e familiares (Daigeler *et al.*, 2009). Apresenta-se, então, uma mudança positiva na vida desses sujeitos.

O arrependimento é bastante comum nos casos de autoimolação (Ahmadi, 2007). Nessas situações os sujeitos acabam lamentando o ocorrido. Alaghebandan *et al.* (2011) afirmam que na experiência que tiveram com as mulheres que tentaram o suicídio ateando fogo em seus próprios corpos e que estavam internadas em locais especializados no cuidado de queimaduras, as mesmas relataram que não pretendiam cometer o suicídio. Além disso, essas pacientes não se deram conta ou não tinham conhecimento sobre a destruição ocasionada pelas chamas do fogo. Contrariando esses casos, alguns pacientes admitem uma intenção fixa suicida, outros relatam o acontecimento como um ato suicida impulsivo e, há ainda os casos de atos suicidas não impulsivos e, por fim, os que associam o ato a outros motivos, como em situações de protestos, por exemplo (Seoighe *et al.*, 2011). Aquelas pacientes que declararam arrependimento em relação à atitude tomada por elas apresentaram uma média do total da área de superfície corporal significativamente menor, quando comparadas àquelas que não expressaram arrependimento, sendo as taxas 44,5% *versus* 79,2% respectivamente (Alaghebandan *et al.*, 2011).

De todo modo, diferentemente de outras situações de tentativas de suicídio, no caso específico da autoimolação os sujeitos muitas vezes não chegam a alertar alguém

próximo sobre sua intenção, indicando que possivelmente tal acontecimento pode não se tratar de uma situação planejada (Rezaie *et al.*, 2011b). Em uma amostra de 11 pacientes, nove relataram terem agido espontaneamente no momento do ato, enquanto dois haviam planejado a tentativa e ainda comunicado a alguém próximo sobre suas ideias (Daigeler *et al.*, 2009). Diante desse quadro, pode-se entender esse como um ato fortemente impulsivo.

Segundo Macedo *et al.* (2011), a intenção das queimaduras autoinfligidas está primeiramente na atenção que os sujeitos que cometem esse ato, esperam encontrar na relação que estabelecem com o outro, podendo ser esse comportamento associado também a um parassuicídio. Esses autores valorizam ainda a importância do suporte familiar na reabilitação desses pacientes, ainda que isso se inviabilize em muitas unidades de tratamento de queimaduras, já que estes pacientes correm sérios riscos de infecção e por isso precisam muitas vezes ficar em isolamento.

Por fim, Ahmadi e Ytterstad (2007) identificou uma redução de 57% das taxas desse acontecimento após a implementação de um programa de prevenção de queimaduras em uma comunidade no Irã. O investimento na divulgação e conhecimento dessa realidade tão traumática que para muitos ainda é desconhecida, possibilitaria uma mudança significativa neste crescimento mundial, que vem se apresentando nos últimos anos, das taxas de suicídio e suicídios consumados pelo uso do fogo.

Conclusões

A revisão dos estudos relacionados à temática das tentativas de suicídio realizadas a partir de queimaduras autoinfligidas permitiu verificar que este tema vem sendo explorado na literatura especialmente no que diz respeito às diferenças psicossociais e epidemiológicas das queimaduras por autoimolação e acidentais. A importância desses estudos se justifica pelo fato de permitir um conhecimento sobre as características dos sujeitos envolvidos e quais aspectos psíquicos e emocionais estão relacionados com a ocorrência deste ato agressivo e traumático. Os estudos brasileiros sobre esta temática ainda são muito escassos e pouco investigam sobre os aspectos psicológicos relacionados a tal acontecimento. Sendo assim é de fundamental importância que sejam realizados mais estudos em que se possa abordar esta temática

dentro de diferentes realidades socioculturais a fim de se explorar melhor as peculiaridades deste acontecimento de acordo com cada nacionalidade.

Os estudos revisados indicaram que são as mulheres quem realizam a autoimolação com maior frequência, na faixa etária adulto/jovem, com baixo nível de escolaridade e realizam o ato na maioria das vezes em sua própria casa. Além disso, esses indivíduos enfrentam graves conflitos com seus familiares e também apresentam dificuldades interpessoais, sendo muito comum o sentimento de solidão. Também é comum encontrar nessas pessoas algum histórico psiquiátrico e/ou abuso de substâncias psicoativas, o que pode influenciar em um descontrole emocional no momento da realização do ato. Talvez por isso muitos pacientes acabaram relatando arrependimento após a realização do ato, independentemente da intenção ter sido de chamar a atenção de alguém próximo ou de provocar a própria morte de fato. Diante disso, fica evidente a necessidade de se conhecer melhor essa realidade que apresenta números significativos de mortalidade e, quando sobrevivem, obrigam ao convívio com sequelas físicas gravíssimas. Explorar a temática do suicídio por autoimolação e divulgar essa realidade, desconhecida por muitos, poderá instigar os profissionais a pesquisarem e criarem estratégias de intervenção para o problema, reduzindo assim a incidência deste ato

Referências

- Ahmadi, A. (2007). Suicide by self-immolation: Comprehensive overview, experiences, and suggestions. *Journal of Burn Care & Research*, 28 (1), 30-41.
- Ahmadi, A., Mohammadi, R., Schwebel, D. C., Khazaie, H., Yeganeh, N., & Almasi, A. (2009). Demographic risk factors of self-immolation: a case-control study. *Burns*, 35 (4), 580-586.
- Ahmadi, A., & Ytterstad B. (2007). Prevention of self-immolation by community-based intervention. *Burns*, 33 (8), 1032-1040.
- Alaghebandan, R., Lari, A., Joghataei, M. T., & Islami, A. (2011). The role of marital status, literacy, and urbanity in suicidal behavior by burns in the province of Khorosan, Iran. *Community Mental Health Journal*, 47 (2), 181-185.
- Alaghebandan, R., Lari, A. R., Joghataei, M. T., Islami, A., & Motavalian, A. (2011). A prospective population-based study of suicidal behavior by burns in the province of Ilam, Iran. *Burns*, 37 (1), 164-169.
- Bras, M., Loncar, Z., Boban, M., Gregurek, R., Brajković, L., Tomićić, H., Muljacić, A., Micković, V., & Kalenić, B. (2007). Self-inflicted burns in patients with chronic combat-related post-traumatic stress disorder. *Collegium Antropologicum*, 31 (4), 1173-1177.
- Buttemeyer, R., Steen, M., Henkel, V. D. G., & Germann, G. (2004). Establishing a baseline for organization and outcome in burn care-basic data compiled by German burn centers, 1991–2000. *Burns*, 30 (2), 115–120.
- Carlucci, V. D., Rossi, L. A., Ficher, A. M., Ferreira, E., & Carvalho, E. C. (2007). A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. *Revista Escola de Enfermaria*, 41(1), 21-28.
- Chan, R. C. & Burd, A. (2012) Suicidal burn in Hong Kong. *Burns*, 38 (6), 937-941.
- Daigeler, A., Langer, S., Hüllmann, K., Illes, F., Juckel, G., Echterhoff, S., Selbach, D., Steinsträer, L., Steinau, Hans-Ulrich., & Lehnhardt, M. (2009). A Follow-Up Study of Adults With Suicidal Burns: Psychosocial Adjustment and Quality of Life. *Journal of Burn Care & Research*, 30 (5), 844-851.
- Dutra, A. S. Penna, L. H. G., Vargens, O. M. C., & Serra, M. C. V. F. (2011). Caracterização de mulheres hospitalizadas por queimadura. *Revista de Enfermagem UERJ*, 19(1):34-39.

- Forster, N. A., Nuñez, D. G., Zingg, M., Haile, S. R., Künzi, W., Giovanoli, P., & Guggenheim, M. (2012). Attempted suicide by self-immolation is a powerful predictive variable for survival of burn injuries. *Journal of Burn Care & Research*, 33 (5), 642-648.
- Laloë, V. (2004). Patterns of deliberate self-burning in various parts of the world: a review. *Burns*, 30 (3), 207–15.
- Lari, A. R., Alaghebandan, R., Panjeshahin, M. R., & Joghataei, M. T. (2009). Suicidal behavior by burns in the province of Fars, Iran. *Crisis*, 30 (2), 98-101.
- Legbo, J. N., Ntia I. O., Opara, W. F., Obembe, A. (2008). Severe burn trauma from deliberate self-harm: the Sokoto experience. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 15 (3), 164-167.
- Macedo, J. L. S., Rosa, S. C., & Silva, M. G. (2011). Queimaduras autoinfligidas: tentativa de suicídio. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 38 (6), 387-391.
- Maghsoudi, H., Garadagi, A., Jafary, G. A., Azarmir, G., Aali, N., Karimian, B., & Tabrizi, M. (2004). Women victims of self-inflicted burns in Tabriz, Iran. *Burns*, 30 (3), 217-220.
- Malic CC, Karoo RO, Austin O, Phipps A. (2007). Burns inflicted by self or by others--an 11 year snapshot. *Burns*, 33 (1), 92-97.
- Mello, M. F., Mello, A. A. F., & Kohn, R. (2007) *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed
- Moniz, P., Casal, D., Mavioso, C., Videira-Castro, J., & Angélica-Almeida, M. (2011). The self-inflicted burns-Typology and its prognostic relevance in a 14-year review of self-inflicted burns in a tertiary referral centre. *Burns*, 37 (2), 322-327.
- Rashid, A., & Gowar, J. (2004). A review of the trends of self-inflicted burns. *Burns*, 30 (6), 573–576.
- Rezaie, L., Khazaie, H., Soleimani, A., & Schwebel, D. C. (2011a). Is self-immolation a distinct method for suicide? A comparison of Iranian patients attempting suicide by self-immolation and by poisoning. *Burns*, 37 (1), 159-163.
- Rezaie, L., Khazaie, H., Soleimani, A., & Schwebel, D. C. (2011b). Self-immolation a predictable method of suicide: A comparison study of warning signs for suicide by self-immolation and by self-poisoning. *Burns*, 37 (8), 1419-1426.
- Seoighe, D. M., Conroy, F., Hennessy, G., Meagher, P., & Eadie, P. (2011). Self-inflicted burns in the Irish National Burns Unit. *Burns*, 37 (7), 1229-1232.
- Tahir, S. M., Memon, A. R., Kumar, M., & Ali, S. A. (2010). Self inflicted burn; a high tide. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 60 (5), 338-341.

- Taghaddosinejad, F., Sheikhezadi, A., Behnoush, B., Reshadati, J., & Anary, S. H. S. (2010). A Survey of Suicide by Burning in Tehran, Iran. *Acta Medica Iranica*, 48 (4), 266-272.
- Theodorou, P., Phan, V. T., Weinand, C., Maegele, M., Maurer, C. A., Perbix, W., Leitsch, S., Lefering, R., Spilker, G. (2011). Suicide by burning: epidemiological and clinical profiles. *Annals of Plastic Surgery*, 66 (4), 339-343.
- Thombs, B. D., Bresnick, M. G., & Magyar-Russell, G. (2007). Who attempts suicide by burning? An analysis of age patterns of mortality by self-inflicted burning in the United States. *General Hospital Psychiatry*, 29 (3), 244-250.
- Thombs, B. D. & Bresnick, M. G. (2008). Mortality risk and length of stay associated with self-inflicted burn injury: Evidence from a national sample of 30,382 adult patients. *Critical Care Medicine*, 36 (1), 118–125.
- Titscher, A., Lumenta, D. B., Belke, V., Kamolz, L. P., & Frey, M. (2009). A new diagnostic tool for the classification of patients with self-inflicted burns (SIB): the SIB-Typology and its implications for clinical practice. *Burns*, 35 (5), 733-737.
- Uygur, F., Sever, C., Oksüz, S., Duman, H. (2009). Profile of self-inflicted burn patients treated at a tertiary burn center in Istanbul. *Journal of Burn Care & Research*, 30 (3), 427-431.

CICATRIZES DE UM TRAUMA: ASPECTOS EMOCIONAIS RELACIONADAS AO ATO DA TENTATIVA DE SUICÍDIO PELO USO DO FOGO

Introdução

O significado do termo suicídio tem origem no latim, em que *sui* refere-se a si mesmo, e *caederes* refere à ação de matar, explicitando a morte intencional ou autoinfligida. O suicídio, portanto, é o ato de cessar a própria vida (Krug, 2003), e geralmente inicia com pensamentos autodestrutivos, passando então das ameaças e cenas ao ato da tentativa de suicídio até que se consume por fim, o próprio suicídio (Werlang & Botega, 2004).

A interação dos fatores psicológicos, sociais, biológicos, culturais e ambientais tem importante influência na tomada de decisão de cometer o suicídio (Werlang, 2012). As experiências de sofrimento vivenciadas por esses sujeitos podem influenciar na ocorrência de tal comportamento (Werlang, Macedo & Krüger, 2004).

Historicamente, a mortalidade por suicídio tem apresentado taxas elevadas principalmente entre idosos, chegando a 9/100.000 habitante, configurando a faixa etária de maior risco (Minayo, Pinto, Assis, Cavalcante & Mangas, 2012). No entanto, houve nas últimas décadas um aumento significativo nos índices de suicídio entre os jovens, tornando-se um problema de saúde pública mundial (Macente & Zandonade, 2010). Anualmente, no mundo inteiro, ocorrem cerca de 1.000.000 de mortes por suicídio, sendo essa a 7ª causa de morte entre os homens e a 15ª entre as mulheres (Rezaie, Khazaie, Soleimani & Schwebel, 2011). Além disso, estima-se que o número de casos de tentativa de suicídio seja 20 vezes superior aos índices de suicídio consumado (Ministério da Saúde, 2011). A partir do óbito decorrente desse ato, as pessoas que estão de alguma forma envolvidas com esse acontecimento terão também o seu emocional afetado (Botega, Werlang, Cais & Macedo, 2006).

As estatísticas relacionadas à incidência do suicídio apresentam significativas diferenças entre os países do mundo; variando quanto ao sexo, à faixa etária, influência sociocultural, etc. Segundo a OMS, até 2020, a estimativa é de que mais de 1,5 milhões de pessoas irão cometer o suicídio (Bertolote & Fleischmann, 2002).

No período de 2004 a 2010 foi encontrada no Brasil uma taxa de mortalidade por suicídio de 5,7 para cada 100.000 habitantes (Minayo *et al.*, 2012; Marín-León, Oliveira & Botega, 2012). No entanto, o crescimento da população brasileira em 17,8%, registrado entre os anos de 1998 a 2008, contribuiu diretamente para o aumento em 33,5% das mortes por suicídio (Ministério da Saúde, 2011). A região sul apresenta as maiores taxas por suicídio no Brasil, chegando a uma média de 9,3 óbitos/100.000 hab., seguida da região centro-oeste com média de 6,1 óbitos/100.000 hab. (Lovisi, Santos, Legay, Abelha & Valencia, 2009).

O estudo de Santos, Lovisi, Legay e Abelha (2009) realizado com 118 pacientes que tentaram o suicídio, foi encontrado cerca de 71,9% dos casos com algum transtorno mental, sendo esses, respectivamente, o episódio depressivo maior (38,9%), abuso/dependência de substâncias psicoativas (21,9%), transtorno de estresse pós-traumático (20,8%), abuso/dependência de álcool (17,7%) e esquizofrenia (15,6%). Nesses casos, é muito comum encontrar traços de personalidade como a agressividade e impulsividade (McGirr, Paris, Lesage, Renaud & Turecki, 2007). A grande maioria dos sujeitos que tentam ou consumam o suicídio apresentam comorbidades psiquiátricas. Apenas 3% a 5% desses casos não recebem algum diagnóstico (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997; Ping & Merete, 2005; Harwood, Hawton, Hope & Jacoby, 2006).

As tentativas de suicídio podem ser entendidas como atos intencionais de agressão, que não chegam a resultar na morte, podendo envolver atos de tamanha a gravidade, no qual se faz necessária a hospitalização (Souza *et al.*, 2011). Existe uma significativa relação entre a ideação e os atos suicidas, além disso, a tentativa de suicídio deve ser considerada um importante fator de risco e um sinal de alerta para a ocorrência futura de um suicídio (Ores *et al.*, 2012). Existem alguns fatores sociodemográficos e clínicos que são frequentemente identificados em grande parte dos casos de tentativas de suicídio, são eles: mulheres, jovens, solteiro(a), desempregado(a), baixo nível de escolaridade, uso e abuso de drogas no momento da tentativa e acompanhamento psiquiátrico anteriormente (Santos *et al.*, 2009, Macedo, Rosa e Silva, 2011; Segoie *et al.*, 2011).

São muitas as formas escolhidas para consumação do suicídio. As queimaduras autoinfligidas podem ser uma delas, utilizando-se, para isso, o fogo e seus aceleradores. Essa é considerada uma das formas mais dramáticas dentre todas as formas de cometer o suicídio, estando relacionado a questões culturais e políticas, principalmente nos países do Ocidente (Macedo *et al.*, 2011). Situações desse tipo acontecem com maior

incidência nas sociedades em desenvolvimento do que em países desenvolvidos (Ahmadi *et al.*, 2009). Os conflitos conjugais e conflitos com outros membros da família se apresentam significativamente associadas a esse ato (Ahmadi *et al.*, 2009). Para Ferreira e Luis (2002) essa é uma forma encontrada a fim de denunciar algo que até então estava encoberto, ocorrendo conseqüentemente a destruição da autoimagem do sujeito.

A tentativa de suicídio pelo uso do fogo ou por autoimolação que se refere ao ato de se queimar, usando líquidos inflamáveis, é também considerada um dos métodos mais fatais e quando a vítima sobrevive fica com cicatrizes desfigurantes e passa por uma recuperação dolorosa, tanto física, quanto psiquicamente (Rezaie *et al.*, 2011). Os estudos têm mostrado que a grande maioria dos sujeitos que cometem esse ato é do sexo feminino (Mabrouk, Omar, Massoud, Sherif, & Sayed, 1999; Ahmadi *et al.* 2009; Taghaddosinejad, Sheikhzadi, Behnoush, Reshadati, & Anary, 2010; Hanna & Ahmad, 2009; Rezaie *et al.*, 2011; Macente, Santos & Zandonade, 2009). Dentre os motivos mais frequentes nesses casos estão os problemas afetivos e as dificuldades financeiras, podendo haver, inclusive, uma associação entre ambos (Maklouf, Alvarez & Grandmaison, 2011). No que se refere à idade, na região do Ocidente, a média de idade é de 43 anos, variando entre 30 e 59 anos (Thombs, Bresnick & Magyar-Russel, 2007), já na região do Oriente, o pico apresenta-se entre os mais jovens, na faixa dos 20 aos 29 anos (Alaghebandan, Lari, Joghataei, Islami, Motavalian, 2011; Ahmadi, *et al.* 2009).

A autoimolação ocorre com maior incidência nos países do Oriente, podendo ser praticada como parte de costumes étnicos, chegando a até 50% dos casos das tentativas de suicídio que se realizaram com sucesso (Ahmadi, Mohammadi, Stavrinou, Almasi & Schwebel, 2008). No Ocidente situações como essa podem chegar a 9% das causas de internações por queimadura nos países do Ocidente (Ahmadi & Ytterstad, 2007) e, apesar de ser incomum nessas regiões, trata-se de uma experiência dramática com sequelas gravíssimas, de ordem psíquica, estética e funcional. (O'Donoghue, Panchal, O'Sullivan, O'Shaughnessy, O'Connor, Keeley & Kelleher, 1998). As queimaduras autoinfligidas geralmente atingem uma extensão maior do corpo e tem risco de mortalidade relativamente maior que as queimaduras acidentais (Rashid & Gowar, 2004; Laloe, 2004; Thombs & Bresnick, 2008; Forster, *et al.* 2012).

Para Santana (2010), as mudanças psíquicas e físicas diante da ocorrência da queimadura denunciam vivências que ainda não haviam sido representadas simbolicamente, ou seja, as marcas desse trauma, expostas em seus corpos, trazem

também lembranças sobre os conflitos que motivaram a realização de tal ato contra si próprias. A experiência de um trauma térmico causará danos tanto de ordem física (mudanças corporais), quanto psicológica (aceitação da nova autoimagem e reinserção social a partir da mesma), independentemente da extensão da lesão (Carlucci, Rossi, Ficher, Ferreira & Carvalho, 2007).

As experiências de intensa dor psíquica podem influenciar na tomada de decisão ao realizarem tal ato, entendendo essa como a única via de descarga de questões inquietantes (Macedo & Werlang, 2007). Além disso, é de fundamental importância que se possa avaliar clinicamente a história de vida dos pacientes que são internados por queimaduras, a fim de se entender qual a real história sobre este trauma (Diniz, Lopes, Rodrigues & Freitas, 2007).

As lesões corporais decorrentes desse ato estão para além das marcas físicas, pois a autoimagem do sujeito também sofre modificações, sendo assim, é preciso que ocorra uma readaptação a esse novo corpo, o que ocorrerá a partir das relações que o mesmo irá estabelecer com o meio ao longo de sua reinserção social (Diniz *et al.*, 2007). Principalmente em casos de queimaduras graves, os sujeitos não recuperam seu antigo corpo e, por isso, Garrido (2005) afirma que essas pessoas acabam por experimentar a morte do corpo que possuíam anteriormente.

No Brasil, ainda existem poucos estudos sobre a temática das tentativas de suicídio por queimaduras. Alguns dos estudos existentes (Macedo *et al.*, 2011; Pacheco, Damasceno, Souza & Brito, 2010) caracterizam os sujeitos que realizam tal ato: são em sua maioria mulheres, jovens adultas, casadas que utilizaram o álcool para a queima e tiveram extensa área do corpo atingida pelas queimaduras, baixo nível de escolaridade e com histórico prévio de doenças psiquiátricas (em sua maioria a depressão). Estudo internacional (Franchitto, *et al.*, 2011) mostrou que os sujeitos também são em sua maioria mulheres, com idade média de 38 anos, separados, desempregados, com histórico de doenças mentais e uso de álcool no momento do ato, intenção declarada de suicídio e utilizaram a gasolina no momento do ato.

As tentativas de suicídio mais graves, que levam na maioria das vezes a morte, são realizadas por homens, tendo como influência para a ocorrência do mesmo problemas socioeconômicos, questões profissionais e financeiras. Já as tentativas com baixa intencionalidade são comumente realizadas pelas mulheres, podendo ser motivação para esse ato os conflitos interpessoais afetivos com seus parceiros, ou mesmo com outros familiares (Pacheco *et al.*, 2010).

As mulheres vêm se apresentando mais predispostas a cometerem o suicídio. Esse comportamento pode ser entendido a partir da perspectiva da vulnerabilidade de gênero, ou seja, a partir da construção histórica e social do papel da mulher na sociedade (Beutrais, 2006). Sendo assim, pode-se entender que situações conflituosas e de opressão fazem com que as mulheres acabem recorrendo a atos contra a própria vida (Dutra, Penna, Vargens & Serra, 2011).

Com o aumento do índice de pessoas que apresentam comportamentos suicidas por autoimolação, principalmente entre jovens e mulheres casadas, fica cada vez mais evidente que estamos diante de uma tragédia social (Alaghebandan, *et al.*, 2011). A partir de tal acontecimento, apresenta-se então uma possibilidade para que seja atribuído um significado às questões que levaram a esse ato. Este estudo pretende compreender os significados da escolha do fogo como um dispositivo para a tentativa de suicídio. Pretende, ainda, identificar os aspectos emocionais que permeiam a vida desses indivíduos diante do trauma da queimadura.

Método

Delineamento

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória (Flick, 2004; Gil, 2010).

Participantes

Participaram do estudo mulheres que sofreram queimaduras a partir de tentativa de suicídio por fogo há pelo menos um ano e meio, tempo suficiente para que nesse período as feridas já estivessem em processo de cicatrização e elas já teriam tido algum contato com o meio social, suscitando nelas questões relacionadas ao olhar do outro.

Foram convidadas a participar do estudo 12 pacientes escolhidas por conveniência entre aqueles que realizavam tratamento para reparação das sequelas de queimaduras em um hospital referência em atendimentos de emergência na cidade de Porto Alegre. Dessas pacientes, oito aceitaram o convite e participaram da pesquisa. Com relação às demais, duas marcaram por mais de uma vez um horário para a realização da entrevista e não compareceram no dia marcado, uma não conseguiu compatibilizar horário para

realização da entrevista porque morava em outra cidade e não tinha dispensa no trabalho, e a última iniciou a entrevista, mas durante o seu percurso admitiu que foi o seu parceiro e não ela quem ateou fogo no seu corpo, sendo excluída da pesquisa.

Todas as oito participantes eram adultas, com idades que variaram entre 24 e 55 anos (média 38,75 e desvio padrão 12,11). O tempo médio em que elas sofreram a queimadura foi de 3,75 anos (desvio padrão de 2,76).

A tabela 2 mostra as principais características sociodemográficas e clínicas das participantes:

Tabela 2
Dados Sociodemográficos e Clínicos

Participantes	Ana	Eva	Beatriz	Márcia	Gabriela	Mara	Sonia	Paula
Variáveis								
Idade	34	46	54	41	24	27	55	29
Estado civil	Casada/Vive junto	Separada	Viúva	Casada/Vive junto	Casada/Vive junto	Casada/Vive junto	Casada/Vive junto	Separada
Escolaridade	Ensino Médio Completo	Fundamental Incompleto	Fundamental Completo	Fundamental Incompleto	Fundamental Completo	Ensino Médio Completo	Fundamental Incompleto	Ensino Médio Completo
Trabalha	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não
Renda Mensal	1-2 salários	Até 1 salário	Até 1 salário	Até 1 salário	Até 1 salário	1-2 salários	1-2 salários	Até 1 salário
Número de filhos	3	3	2	4	1	1	7	1
Área do corpo atingida (%)	49%	51% a 75%	51% a 75%	26% a 50%	51% a 75%	26% a 50%	40%	30%
Tempo da queimadura	10 anos	3 anos	2 anos	2 anos	4 anos	1,5 ano	4 anos	4 anos
Número de cirurgias para tratar a queimadura	3	20	1	4	13	1	1	6
Número de hospitalizações no último ano devido a procedimentos para reparação da queimadura	Entre uma e cinco	Entre seis e dez	Entre uma e cinco	Entre uma e cinco	Mais de 10	Entre uma e cinco	Nenhuma	Entre uma e cinco
Sequelas decorrentes da queimadura	Física e funcional	Física e funcional	Física	Física e funcional	Física e funcional	Física	Física	Física e funcional
Problema clínico de saúde associado	Sim Depressão	Sim Depressão	Não	Não	Não	Não	Sim, Colesterol alto	Não
Uso de Psicofármaco	Lítio e Fluoxetina	Imipramina e Clonazepan	Fluoxetina, Diazepan, Risperidona e Lítio	Não	Não	Fluoxetina	Não	Não
Realiza ou já realizou tratamento psicológico	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Realiza ou já realizou tratamento psiquiátrico?	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
Diagnóstico transtorno mental	Retardo Mental Moderado e Bipolaridade*	Depressão	Bipolaridade	Não	Não	Não	Não	Não
Consumo de álcool e drogas	Não	Sim (cigarro)	Não	Sim (álcool)	Não	Não	Sim (cigarro)	Sim (cigarro)
História de suicídio na família	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
História de violência familiar	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim

*Os diagnósticos de transtornos mentais aqui expostos foram relatados pelas pacientes, que disseram ter sido diagnosticado por psiquiatras.

Instrumentos

- a) Questionário de dados sociodemográficos e clínicos: questões sobre a idade da paciente, escolaridade, estado civil, filhos, trabalho, renda familiar, tempo da queimadura, área do corpo atingida, realização de cirurgias e internações, problemas clínicos, uso de medicação, atendimento psicológico e psiquiátrico, transtorno mental, consumo de álcool/drogas, histórico sobre o suicídio e violência familiar. (Anexo A).
- b) Entrevista semiestruturada sobre a tentativa de suicídio: investiga a história de vida das participantes, o momento de atear-se fogo, a experiência da queimadura, seu atual contexto de vida, os sentimentos após o ato, a reinserção social e como a queimadura tem afetado no seu dia a dia e sua saúde psíquica e física. (Anexo B).

Procedimentos Éticos e de Coleta dos Dados

Primeiramente, realizou-se um contato com a psicóloga responsável pelo atendimento na Unidade da Vítima de Queimaduras e com o coordenador do setor, no Hospital Cristo Redentor para verificar a possibilidade da realização da pesquisa. Após a apresentação do projeto, e de posse das assinaturas dos Termos de Concordância das instituições, o mesmo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (número XXX) e do Hospital Nossa Senhora da Conceição (número XXX) (Anexos C e D). A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho e setembro de 2012. A abordagem das pacientes na instituição foi realizada a partir da indicação de pessoas pela psicóloga do local. O convite para participar da pesquisa com as pacientes foi realizado por telefone ou nos dias de consulta médica das pacientes, ocasião em que era combinado data e horário para a realização da entrevista.

Inicialmente eram explicados para as participantes os objetivos da pesquisa, bem como os direitos a elas conferidos e, em seguida, solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo E) em duas vias, ficando uma de posse da participante e a outra da pesquisadora. As mesmas também foram informadas sobre a intenção do estudo, sobre a divulgação dos resultados e sigilo quanto à identificação. As entrevistas ocorreram em uma sala do ambulatório do próprio hospital onde as

participantes respondiam a algumas questões realizadas pela própria pesquisadora, que levaram em média, uma hora. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Análise dos Dados

As entrevistas após serem gravadas e transcritas, foram submetidas à análise de dados qualitativos a qual processa os dados através de procedimentos analíticos, até a transformação destes em uma análise clara, criteriosa e original (Gibbs, 2009). Estes dados traduzem qualquer forma de comunicação humana, sendo estas por comportamento, simbolismo ou artefatos culturais, no caso dessa dissertação se deu a partir de entrevistas individuais. Proporciona também, uma melhora nos dados e um aumento no seu volume, sua densidade e sua complexidade, além de permitir uma apropriação sobre as semelhanças e particularidades nos relatos das participantes que atearam fogo em seu próprio corpo. Após a transcrição destes relatos, foi então realizada a codificação, onde se definiu sobre o que tratavam os dados em análise. Para isso foi realizada a identificação e o registro de passagens do texto com a mesma ideia teórica e descritiva. Feito isso, pensou-se três importantes categoria, as quais estão subdivididas em subcategorias, a fim de se explorar e interpretar melhor a temática.

Resultados e Discussão

Na tabela 3 são apresentadas as categorias e subcategorias, originadas a partir dos relatos das participantes:

Tabela 3: *Categorias e Subcategorias*

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. ANTECEDENTES AO ATO DE ATEAR FOGO EM SEU PRÓPRIO CORPO	1.1 VIOLÊNCIA FAMILIAR 1.2 RELAÇÕES INTERPESSOAIS FRÁGEIS 1.3 DIFICULDADES INDIVIDUAIS 1.4 SOFRIMENTO PSÍQUICO 1.5 TENTATIVAS DE SUICÍDIO ANTERIORES 1.6 CONFLITO DESENCADEADOR
2. O MOMENTO E OS MOTIVOS DE ATEAR-SE FOGO	2.1 TENTATIVA DE SUICÍDIO PLANEJADA 2.2 ATO IMPULSIVO 2.3 “EU NÃO FARIA, COMO ACONTECEU EU NÃO SEI”
3. CONSEQUÊNCIAS DO ATO E DAS QUEIMADURAS	3.1 CIRCUNSTÂNCIAS SEGUIDAS AO ATO 3.2 NEGAÇÃO/ENFRENTAMENTO DAS DIFICULDADES 3.3 MUDANÇAS FÍSICAS E PSÍQUICAS 3.4 MUDANÇAS NO RELACIONAMENTO SOCIAL E FAMILIAR 3.5 IDEAÇÕES E TENTATIVAS POSTERIORES A QUEIMADURA

1. Antecedentes ao ato de atear fogo em seu próprio corpo

Nessa categoria foram incluídas as falas que abordam as experiências de vida das participantes anteriores ao ato da tentativa de suicídio com o fogo e que podem ter alguma relação com as queimaduras autoinfligidas. Ainda que essas mulheres tenham histórias de vida bastante distintas anteriores à realização do ato, alguns aspectos parecem bastante comuns nos seus relatos que serão apresentados e discutidos nas subcategorias a seguir.

1.1 HISTÓRIA DE VIOLÊNCIA

As falas das participantes apresentaram semelhanças no que se refere ao histórico de violência vivenciado na infância e na idade adulta. Alguns relatos traziam conteúdos de agressões sofridas por elas próprias ou de situações que presenciaram. O agressor geralmente era um familiar, podendo ser o pai ou o marido e, em alguns casos, as participantes tiveram tal experiência com ambos. A violência dirigida a elas era física e verbal: “O meu pai batia muito na minha mãe. Quando eu tinha seis anos, eu bem dizer, salvei a minha mãe. O meu pai tava batendo na minha mãe e a minha mãe prensou a... o pescoço dela, entre a porta do roupeiro (...) e, eu era muito espancada pelo meu pai, meu pai me batia muito. Depois eu casei, daí eu era desprezada pelo meu marido, maltratada pelo eu marido.” (Mara); “Eu tinha [agressões] com o marido, de vez em quando” (Eva).

O histórico de abuso sexual também esteve presente no relato de algumas participantes. Esse abuso vinha tanto do marido, de outros membros da família ou de algum conhecido próximo à família: “Isso foi quando a minha irmã namorou um senhor, aí eu já tinha uns 13 anos. E um dia ele me chamou e começou a passar as mãos nos meus seios. E, outra vez que aconteceu isso, foi quando a minha irmã casou com um outro (...) e daí ele passou a mão nos meus seio e nas minhas perna (...)” (Ana); “Na época que a minha mãe era viva, uma amiga nossa, ela tinha um padrasto e o padrasto dela violentou ela. Só que ela não contou pra mãe dela e não contou pra gente. Daí eu também ia às vezes posar lá, ele fez...abusou e ameaçou que ia fazer e acontecer se nós contasse pra mãe!” (Sonia).

A partir destes relatos pode-se pensar que possivelmente as participantes não se sentiram à vontade para relatar o que estava acontecendo a seus familiares ou porque achavam que sua família não as apoiaria e, ainda, ficariam contra elas, ou mesmo por

ameaças realizadas pelo abusador. Tal acontecimento se deu na própria casa da participante ou na casa do abusador, corroborando com os resultados encontrados em um estudo realizado por Martins e Jorge (2010) em que encontraram que 52,7% dos casos de abuso sexual ocorrem na residência da vítima e 30,1% na residência do agressor.

Os abusos relatados acima ocorreram em grande parte dos casos nas próprias casas dessas mulheres. Entretanto, esses dados podem estar associados aos acontecimentos de queimadura, já que a violência doméstica, em algumas situações, pode aparecer como um precedente da decisão da tentativa de suicídio pelo uso do fogo, onde a vítima entende o ato como uma solução que cessaria as agressões vividas. Os conflitos familiares podem aumentar até dez vezes os riscos desse acontecimento (Ahmadi *et al.*, 2009).

1.2 RELAÇÕES INTERPESSOAIS FRÁGEIS

As relações interpessoais das pacientes, segundo seus relatos, pareciam estar bastante fragilizadas. As pacientes relataram que saíram cedo de casa em função de dificuldades de relacionamento familiar: “Meu pai dizia que eu não tava trabalhando, que eu tava na Voluntários fazendo ponto (...) A gente brigou, ele me bateu, porque eu fui rebelde com ele, no outro dia eu botei minha malinha e fui embora de casa, com 15 anos. Sofri tanto a falta da família. A minha mãe nunca foi sequer ver aonde eu morava.” (Eva); “Meu pai traía a minha mãe, então a gente via, vivenciou aquilo (...) depois ela teve doente, ele vendeu tudo, levou ela no cartório, vendeu tudo! Deixou nós sem nada, vendeu tudo! E aí que foi cada um por si, né! Largando aqui, largando lá!(...) Eu engravidei com 15 e fui viver com ele [marido] com 15 anos” (Sonia).

As falas declaram fragilidade no relacionamento com suas famílias, e as mulheres parecem não se sentir importantes no convívio com os mesmos, provavelmente pelo fato de terem saído da casa dos pais não por um desejo próprio, mas como uma solução encontrada para os conflitos que experienciavam com seus familiares. Observa-se que esses conflitos acabavam por denunciar a desvalorização, a falta de confiança e de segurança, bem como situações de abandono vivenciadas por elas. Para Prieto e Tavares (2005), a existência de graves conflitos de relacionamento e perdas interpessoais são eventos preceptores significativos, podendo ser precipitadores ao ato do suicídio ou tentativa de suicídio.

As participantes relataram também terem tido perdas significativas tanto na infância quanto na adolescência e ao falarem disso parecem ainda não ter elaborado essas perdas e permanecer vivendo tais conflitos: “A minha mãe, ela faleceu quando eu tinha seis anos e eu e meus irmãos, a gente ficou um pouco rolando no mundo. Quando ela faleceu, eles ligaram pro meu pai, pra ver se ele não queria ficar com a gente, que a gente era em três, e daí o que ele fez, ele não quis saber!” (Gabriela); “...porque eu sou filha adotiva, né?! Porque a minha família de verdade eu nunca vi, nem sei se existe? (...) E fui saber que eu era filha adotiva, depois que a minha mãe faleceu, quem me contou foi uma irmã mais velha minha... eu não tinha que falar nada porque eu era uma filha adotiva, jogada no lixo, e daí foi isso (...) Daí minha mãe faleceu de diabetes com 49 anos, daí eu tinha 13 anos.” (Ana).

A perda de um familiar, como relatado nos casos acima, ocasionou importante influência no modo como essas pacientes acabaram organizando suas vidas. Alguns estudos (Ahmadi & Ytterstad, 2007; Ahmadi *et al.* 2008) sugerem a existência de alguma relação entre a morte dos pais e a tentativa de suicídio com o uso do fogo. Possivelmente isso se justifica pelo significado que tem para essas participantes a perda de uma referência, situação que ocorreu precocemente na vida delas. A partir daí, é possível pensar que, como tiveram dificuldades para lidar com essa perda, permanecem ao longo de suas vidas encontrando barreiras para lidar com outras que vão surgindo no decorrer do tempo.

No que se refere às relações sociais, várias participantes relataram terem tido relações escassas de amizade e convívio social anteriores à queimadura: “Só tenho uma amiga...” (Beatriz); “Eu não tenho assim, convívio com ninguém, com vizinhos, eu sou muito calada, fico muito quieta. Fico só dentro de casa assistindo televisão. É só oi pra lá, oi pra cá! Não vou na casa de ninguém! (...) tenho amigas, mas distantes, que a gente só se comunica por telefone.” (Márcia); “De amigos, eu tinha muitos amigo antes do “acidente”, que eu tinha mais por conhecidos (...) eu inventava história pra não vir na minha casa.” (Gabriela);. A fala das participantes corrobora com os achados de um estudo realizado por Gaspari e Botega (2002) que ao avaliarem a rede de apoio social de pacientes que tentaram suicídio encontraram que esses não se sentiam importantes para sua rede social, viviam em núcleos familiares disfuncionais e apresentavam dificuldades em ocuparem seus lugares perante à sociedade.

A falta ou a ausência de amigos, de pessoas em quem pudessem confiar possivelmente contribuiu para a tomada de decisão de colocarem seus corpos em

chamas. Portanto, fica subentendido nos relatos que essas mulheres não tiveram alguém com quem se sentissem seguras para dividir suas angústias, dificuldades, insatisfações, enfim, seus problemas. Parece que seu relacionamento com o “outro”, limitava-se a seus parceiros, atingindo no máximo a outros membros de sua própria família, com quem muitas vezes mantinham uma relação distante, conforme visto anteriormente, contribuindo para que as mesmas se sentissem sozinhas.

1.3 DIFICULDADES INDIVIDUAIS

As dificuldades individuais referem-se à dificuldade de falar e expressar seus sentimentos, o que pode estar relacionado diretamente ao atear-se fogo como uma forma de comunicação com outras pessoas. Essas mulheres acabavam muitas vezes se calando e guardando para si o que pensavam sobre determinadas situações: “...quando eu era pequena, eu era um bicho do mato, porque eu nunca pude falar as coisas porque eu tinha medo (...) Eu era muito fechada, não falava nada (...) Sempre fui quieta!” (Ana); “Daí eu fiquei guardando muita coisa na cabeça, aquela irritação foi acumulando bastante coisa na cabeça (...) às vezes, também eu me tranco, me fecho, fico muito calada e fico magoada e fico irritada e às vezes eu evito de falar.” (Márcia); “Isso que era ruim, eu guardava tudo pra mim, se eu tivesse conversado mais, procurado mais meus amigos, tivesse ido na psicóloga ou alguma coisa assim, sabe?! Conversado mais! Talvez eu não teria feito o que eu fiz.” (Gabriela).

Todas essas emoções reprimidas foram se acumulando e podem ter colaborado a leva-las à situação extrema de atear-se fogo. Essa dificuldade em expressar agressão e raiva acaba por prejudica-las nos momentos de tentarem resolver seus problemas. Sendo assim, o ato de atear-se fogo pode ter representado em suas vidas uma forma de dar lugar a um excesso de angústia que não foi elaborado psiquicamente. Para Macedo e Werlang (2007), a pessoa acaba representando através de um ato aquilo que poderia ter sido expresso pela via da fala devido a uma falha na simbolização das vivências traumáticas que ocorreram na vida desses sujeito.

1.4 SOFRIMENTO PSÍQUICO

A presença de transtornos mentais em pessoas que tentaram suicídio através do fogo foi apontada por diversos autores (Ahmadi *et al.*, 2008; Alaghebandan *et al.*, 2011; Macedo *et al.* 2011). A depressão parece ser o transtorno com maior incidência nos casos de tentativas de suicídio (Santos *et al.* 2009).

Dentre as participantes deste estudo, três delas já haviam sido diagnosticadas com algum transtorno mental por psiquiatra no passado, e duas delas tinham o diagnóstico de depressão. Ana relatou ter depressão e bipolaridade e referiu também que o psiquiatra deu um diagnóstico F71 (Retardo Mental Moderado), e segue realizando atualmente acompanhamento psiquiátrico e psicológico. Eva tem depressão e faz acompanhamento psicológico eventual com a Psicóloga do hospital onde trata as sequelas das queimaduras. Beatriz referiu ter sido diagnosticada pelo psiquiatra com transtorno bipolar, ainda que, segundo seu próprio relato, a psicóloga que a atende não concorde com tal diagnóstico.

Histórias de distúrbios psiquiátricos são frequentemente identificadas nos sujeitos que tentam suicídio com o uso do fogo. Em uma unidade de internação de vítimas de queimaduras, dois terços de todas as vítimas de suicídio possuíam comorbidades preexistentes, e em média 30% dos pacientes, homens e mulheres, tinham distúrbios psiquiátricos como depressão, transtorno borderline e esquizofrenia (Forster *et al.*, 2012). Em outro estudo, dois terços da amostra apresentaram distúrbios, sendo que metade desses pacientes disseram estar em tratamento psiquiátrico; já no que se refere à outra metade, foram os parentes desses pacientes que relataram sobre as condições psíquicas desses sujeitos que tentaram suicídio por fogo (Rothschild, Raatschen & Schneider, 2001).

Ainda que as outras participantes não tenham relatado nenhum diagnóstico de transtorno mental, alguns relatos denunciavam a existência de sofrimento psíquico que afetavam suas vidas e declaravam suas limitações para lidar com algumas situações: “É, eu tinha muita ansiedade, assim né! É...mudanças de humor, tinha dias que eu tava irritada, dias que eu tava bem, né?! Não conseguia dormir de noite!” (Márcia); “Não precisava ter nada muito ...(motivo para tentar se matar) assim...é imaginar que eu tivesse fazendo com os outros. Isso também é muito normal! É maltratar os outros, é querer que coisas ruins acontecessem!” (Paula)

1.5 TENTATIVAS DE SUICÍDIO ANTERIORES

Algumas das participantes tinham história de tentativas de suicídios anteriores. Ana relatou ter realizado outras tentativas através do enforcamento e ingestão de medicamentos: “Eu nunca aceitei a morte da minha mãe. Quando eu caí em depressão, eu sempre quis morrer, só que nunca foi assim...negócio de fogo! E sempre foi em eu pegar uma corda, quando era...se elas [irmãs] me deixassem assim...solta; ou os

remédios. Mas nunca foi coisa de fogo!”. Paula relatou ter tentado o próprio suicídio desde criança, mas como um ato de curiosidade e comportamentos autodestrutivos: “Desde criança! Sempre por nada, só a vontade, curiosidade... sabe quando dá aquela vontadezinha, que fica te incomodando...de tentar suicídio...eu já me joguei dentro dum lago, que tinha atrás de casa...eu tinha uns oito anos eu acho. (...) Aí a outra vez eu tentei me enforçar, não deu muito certo, escapou a mangueira. Aí eu tinha uns 12 anos. Aí, pra machucar de vez em quando, eu amarrava uma cinta no pescoço e ficava puxando, só pra sentir adormecer, os olhos pesavam assim...e eu dormia. Tomei veneno pra formiga, não me fez nada. Aí eu já tinha uns 17, 18 anos.” As histórias de tentativas de suicídio anteriores devem ser entendidas como um importante fator de risco a ser considerado (Chan & Burd, 2012; Daigeler *et al.*, 2009). No primeiro relato, a participante declara sua intenção de morrer por não tolerar a perda da mãe (adotiva) que fora uma figura significativa em sua vida, a mesma vê nos comportamentos suicidas uma saída para o seu sofrimento; já no segundo relato, a participante declara certo prazer nos atos que realiza, testando todos os limites possíveis desde a infância, a mesma não atribui os acontecimentos relatados a algum fato específico, o que não elimina a possibilidade da existência de sérios conflitos psíquicos.

Os conflitos conjugais e conflitos com outros membros da família também se apresentam significativamente associadas a esse comportamento (Ahmadi *et al.*, 2009). Para Ferreira e Luis (2002) existe, nesses casos, a intenção de denunciar algo que até então estava encoberto, ocorrendo conseqüentemente a destruição da autoimagem do sujeito. Algumas participantes (Márcia, Gabriela e Sonia) relataram que tentaram se matar devido a problemas conjugais, e seus parceiros estavam presente no momento em que atearam fogo no seu corpo. “Eu não tenho histórico, assim... uma vez eu cheguei a tomar um...tomei um detergente, aí fui parar no hospital ruim. Mas tudo isso aconteceu, tudo isso em consequência depois que eu conheci ele, antes nunca tinha acontecido nada disto.” (Márcia); “A gente brigava, e eu lembro que eu morava numa faixa e ficava ameaçando ele que eu ia me jogar. Daí tinha tipo um perauzinho, mas não era muito!” (Gabriela); “Uma vez, eu tomei uns comprimidos. Na época que ele andava me traindo.” (Sonia). Todos esses relatos declaram o envolvimento de seus parceiros na realização desse ato, o que declara a existência de conflitos com os mesmos, anteriormente ao ato realizado com o fogo.

O histórico de tentativas anteriores de suicídios anteriores e as presenças de transtornos mentais podem aumentar as chances de se consumir o suicídio (Santos *et al.*

2009). As participantes relataram também outras experiências em que também se sentiram impulsionadas a tentarem o suicídio. Algumas relataram situações vividas desde a infância e adolescência, sendo motivação para tal ato as perdas importantes em suas vidas, ou mesmo pelo simples fato de desejar experienciar o ato. Outras já atribuíram as tentativas anteriores aos conflitos que já viviam com os seus parceiros e que não conseguiram resolver. Nesses casos, declara-se a necessidade em envolver o parceiro na cena traumática, chamando o olhar do mesmo para elas. Além disso, parece também uma forma de projetar em seus parceiros a culpa pelos conflitos que as angustiavam e que não estavam conseguindo resolver sozinhas. Grande parte dos sujeitos realiza o ato da tentativa de suicídio com o uso do fogo, na esperança de solucionar problemas interpessoais crônicos ou com a finalidade de atingir seu parceiro ou algum familiar, fazendo-os se sentirem culpados pelo ocorrido (Hanna & Ahmad, 2009).

1.6 O CONFLITO DESENCADEADOR

As participantes relataram sobre as dificuldades vividas naquele momento e que de alguma forma estavam relacionados à tomada de decisão de atear fogo em seus próprios corpos. A cena se apresenta na maioria das vezes em meio à emergência de um conflito conjugal. Para algumas participantes, os conflitos estavam relacionados a questões familiares: “Eu fiquei lá na casa da minha sogra, e lá nos tivemos uma briga [ela e a sogra] (...) E daí nós brigamos, e daí eu voltei pra minha casa. Só que o pai dos guris não queria voltar pra morar lá. E daí eu queria e tentei que ele tinha que voltar pra morar lá. Daí eu levei todas as coisas dele pra morar lá! E daí acho que eu entrei, fora da casinha, daí ele disse que eu fiquei doente, né?!” (Ana); “Nós [ela e o atual marido] tinha brigado um monte! Foi, no meio de uma discussão, eu tava com muito problema na minha cabeça. O meu filho também se envolveu com drogas (...) As incomodações com ele [marido] também em casa, bebia demais e me incomodava muito...bahh!!!” (Márcia); “Acho que eu juntei um pouco de tudo! De ele não ter nunca me dado atenção [referindo-se ao pai], também. E das brigas com o marido!” (Gabriela). Esses relatos vão de encontro aos resultados encontrados no estudo de Hanna e Ahmad (2009), em que 92,7% dos sujeitos relataram terem tido problemas de relacionamento importantes com o pai ou marido anteriormente a tentativa de suicídio.

Os conflitos conjugais envolvendo ciúmes e insegurança e as dificuldades das mulheres em lidar com a situação também foram mencionados nas entrevistas: “Ele [ex-

marido] sempre foi muito ciumento, muito, sei lá! Com acusações que não devia.” (Eva); “Ciúmes! Porque ele sabia do meu passado. Então ele sempre acabava me jogando isso (...) Ele me conheceu numa boate e ele me tirou da boate (...) como ele tinha ciúmes, como ele tem um certo sentimento de posse sobre mim. Ele acreditava em certas coisas na cabeça dele e...sei lá, achava que a bebida fosse um refúgio!”(Paula).

Além disso, histórias de traição e o medo do descaso por parte de seus parceiros também se fizeram presentes nos seus relatos: “Esse dia a gente discutiu por causa de uma mulher, que eu achei umas coisas de mulher dentro do carro. E ele sempre negando, né?! E a gente brigou muito e ele disse que ia embora. E eu lembro que tinha um álcool no quarto e eu joguei em mim (...) Foi uma maneira de chamar a atenção dele, porque ele ia embora e eu não queria que ele fosse.” (Eva); “Eu tinha muito medo que ele fosse embora, que eu ficasse sozinha, sabe?! Ah, eu morria, se ele dissesse que ia ir embora! Tanto é que a gente se separou duas vezes antes de acontecer tudo isso. E a gente acabou voltando.” (Mara).

As histórias de ciúmes e traições estavam diretamente relacionadas às inseguranças, tanto por parte das participantes quanto de seus parceiros. Fica evidente que a simples possibilidade desse acontecimento acabou por desorganizar as vidas dessas mulheres, intensificando ainda mais o conflito vivenciado por elas e seus parceiros. As ideias de traição, a possibilidade de uma relação triangular e o ciúme excessivo intensificaram a insegurança em relação à possibilidade de separação e a angústia de abandono.

É possível que o ato de atear-se fogo tenha sido realizado com a finalidade de chamar a atenção de alguém que estava muito próximo como uma forma encontrada por elas de envolver o outro na cena traumática. As participantes Beatriz e Sonia realizaram o ato diante de suas filhas, apresentando um discurso prévio diante da cena que parecia ter a intenção de provocá-las: “E eu disse assim...Patricia (filha), tu quer ver o que que eu faço, tu quer ver o que é que eu vou fazer?” (Beatriz); “Eu não me lembro, mas...peguei a garrafa de álcool e cheguei no quarto da minha gurria e disse pra minha gurria...isso aí eu me lembro tudo! - Olha o que eu faço comigo! E joguei o álcool em cima de mim e risquei o...eu sei que ele (esposo) avançou em mim, veio e me puxava, me puxando, até derramou por tudo. E na hora assim, eu vi meu gurizinho assim...chorando, né?!” (Sonia).

Já, Eva, Gabriela, Mara e Paula realizaram o ato diante de seus parceiros, com uma intenção clara de chamar a atenção deles, paralisando-os: “...tava (em casa) ele

(marido) e o Bruno (filho), que é o caçula. Ele tava deitado na minha cama e eu fiz na suíte, no banheiro do quarto.” (Eva); “Ele (marido) tinha saído e voltou tarde, daí eu comecei a brigar um monte com ele e daí eu não sei o que que ele falou comigo que eu disse pra ele: - Ah, então tu vai ver o que que eu vou fazer! Só que aquilo ele não deu muito..., e daí ele pegou e foi se deitar. Daí eu peguei sentei ali, peguei uma garrafa de álcool e me toquei.” (Gabriela); “Já fazia uma semana que eu não dormia e tinha que ir trabalhar no outro dia. Daí, eu tentei conversar com ele, ele disse que não queria conversar comigo. Aí eu disse: - vamos dormir! E, ele disse: - eu não vou dormir contigo! Aí eu disse: - ahh é, então tu não vai dormir comigo!! Então tá!! Aí eu fui lá no quarto, peguei o vidro de álcool, peguei o isqueiro e taquei álcool nos cobertor que ele tava tapado no sofá. E daí eu apaguei e fui pra “banda” da cozinha assim...aí eu disse: ahh, tu não quer conversar comigo, então tá!! E daí eu peguei, taquei álcool em mim e botei fogo.” (Mara); “Pra começar que, saindo de casa, ele (marido) comprou um engradado de cerveja, aí chegamos lá na casa da minha amiga e ele tomou todo o engradado de cerveja e começou a fazer fiasco, falar alto, falar palavrão, aí nós fomos embora”. Chegando em casa, ele pediu na telentrega outro engradado de cerveja. Daí ele saiu de casa com o facão batendo no portão e chamando o vizinho da frente. Aí começou a gritar, chamar a atenção de um, de outro. E eu pedi pra ele parar, ele disse que não ia parar. Eu disse que ia embora. Aí ele disse que não existiria lugar seguro pra mim, que não fosse atrás de mim. Aí eu disse: - então eu não quero mais viver assim, eu vou acabar com isso! Aí eu peguei o álcool, derramei sobre a minha cabeça. Aí ele disse: - então vai e faz, porque vai ser só assim! E eu fiz!” (Paula).

2. O momento e os motivos de atear-se fogo

O que aconteceu no momento em que essas mulheres atearam fogo nos seus corpos e o que as levou a esse ato foi distinto para cada uma delas. Porém, enquanto para algumas mulheres esse momento foi planejado, para outras foi um ato impulsivo, e para outras, ainda foi um ato em que elas não estavam conscientes de si mesma.

2.1 TENTATIVA DE SUICÍDIO CONFESSA/DECLARADA

Algumas das participantes reconheceram a sua intenção e finalidade de alcançar a morte com o ato de por fogo em si mesma. Para elas, a única possibilidade de um

‘depois’ do ato era a morte, parecia para elas que a escolha do fogo permitiria que isso acontecesse: “Eu tive tempo naquele dia pra pensar, sabe?! Eu tive tempo, eu tive tempo pra raciocinar, pra não fazer, sabe?! Porque eu fui na casa do meu filho e peguei o álcool...o isqueiro não funcionou, eu tive tempo pra ir pegar outro isqueiro, sabe?!” (Beatriz).

E, quando foi questionado se as mesmas haviam pensado nas marcas deste ato, elas responderam: “Na hora eu só pensei...eu só queria morrer! Eu queria morrer mesmo, não tava nem aí se..., no que que aquilo ali ia provocar, né?! Que eu ia viver e que eu ia ficar com aquilo ali depois!” (Márcia); “Já tinha pensado e já tinha falado com ele [esposo] várias vezes sobre isso (que iria se matar) (...) eu estava cansada de tudo isso! E eu não consegui mudar ele, não consegui parar ele, foi a saída que eu achei. Eu achava que era melhor ter acabado ali, do que continuar como estava.” (Paula). Em ambos os casos, a prioridade das participantes estava em encontrar a morte, possivelmente por isso, não pensaram nas marcas da queimadura, por não acreditarem que haveria um depois, entendiam que aquele ato seria fatal e solucionaria os conflitos que vivenciavam naquele momento, na medida em que acreditavam que suas vidas se finalizariam ali.

Conforme a intensidade do trauma sofrido, pode ocorrer a incapacidade do sujeito em dar um sentido à dor psíquica produzida a partir de tal acontecimento. Surge então, a ideia de dar fim a sua própria vida, sendo essa representada através de um ato. (Macedo & Werlang, 2007). A dificuldade em elaborar perdas diante de uma limitação no equilíbrio emocional e psicológico pode acabar incidindo em um comportamento de autodestruição (Ferreira & Luiz, 2002). Esses sujeitos acabam identificando nesse ato uma possibilidade de transformar em cinzas todas as questões difíceis que permeavam suas vidas e com as quais não souberam lidar.

2.2 ATO IMPULSIVO PARA CHAMAR A ATENÇÃO DO OUTRO

Evidências empíricas (Ahmadi, 2007; Ahmadi & Ytterstad, 2007) mostram que as mulheres que cometeram com sucesso a autoimolação não tinham a intenção de cometer suicídio, podendo ser esse ato entendido como um parassuicídio, ou seja, essas mulheres tinham a intenção de chamar a atenção de alguém próximo (cônjuge ou outros membros da família), mas não tinham conhecimento sobre a gravidade das sequelas produzidas pelo fogo e também não tinham a intenção de se matar. Os conflitos conjugais e conflitos com outros membros da família também se apresentam

significativamente associadas a esse comportamento (Ahmadi *et al.*, 2009). Para Ferreira e Luis (2002) existe, nesses casos, a intenção de denunciar algo que até então estava encoberto, ocorrendo conseqüentemente a destruição da autoimagem do sujeito (Ahmadi, 2007; Ahmadi & Ytterstad, 2007).

Assim como nos estudos apresentados, várias participantes relataram ter colocado fogo nos seus corpos sem que houvesse para isso um planejamento prévio; ou mesmo que estivesse claro para elas no momento do ato a intenção que tinham com a cena que construiriam. E ainda que afirmem não ter pensado em nada no momento do ato de atear fogo em seus corpos, aparece também a ideia de que não existia a intenção de encontrar com essa decisão a morte de fato : “Eu não digo que foi uma tentativa de suicídio. Porque eu não pensei em me matar. Eu quis..., eu nem sei o que quis! Eu já me perguntei várias vezes (...) eu nem pensei assim, simplesmente fiz!” (Eva); “Foi até um ato sem pensar. Foi uma coisa que...acho que eu pensei que até nem ia acontecer o que aconteceu! Foi uma atitude sem pensar!! Sabe?! Me deu uma coisa tão ruim, uma brabeza na hora, que eu não sei nem como, não consigo lembrar como que foi a atitude que eu tomei! Quando eu vi, tinha acontecido já!!” (Márcia); “Não pensei, simplesmente foi um ato impensado o que eu fiz.” (Mara); “...eu tão inconsequente, fiz sem pensar.” (Paula).

Além disso, as participantes reconhecem a intenção que tinham com esse ato de chamar a atenção de algum membro importante de suas famílias (esposo, pais): “Eu quis dar um susto nele [esposo], mas eu não avaliei as conseqüências do que eu tava fazendo.” (Eva); “Na minha cabeça, eu não queria me matar, era só uma forma de causar, de chamar atenção. Acho que tipo que nem criança, eu queria chamar a atenção, do meu marido, do meu pai, sei lá, das pessoas assim!!” (Gabriela); “Não sei, sabe?! Eu acho que foi de dar um susto nele [esposo], uma coisa sem pensar e acabei fazendo um ato que me prejudicou.” (Márcia); “Não sei por que que eu botei [fogo], não sei com que propósito. Talvez lá no fundinho, no fundinho, talvez na minha cabeça pensasse assim: -ahh, se eu me queimar ele [esposo] vai ter pena de mim, vai ser mais carinhoso comigo!” (Mara); “...era sempre pra assustar ele [esposo], pra ele parar, pra ele pensar!” (Paula). Esse comportamento pode também ser entendido como um parassuicídio, ou seja, essas mulheres tinham a intenção de chamar a atenção de alguém próximo (cônjuge ou outros membros da família), mas não tinham conhecimento sobre a gravidade das sequelas produzidas pelo fogo, além disso não tinham a intenção de se matar.

A cena descrita aqui declara a intenção dessas mulheres, que diante de uma ameaça de separação, acabam por se sentirem inseguras do lugar que acreditam ocupar na relação com seus companheiros. O estresse psicológico, ocasionado por conflitos interpessoais com parceiro ou algum familiar, pode influenciar um indivíduo a tentar o suicídio. Esses conflitos quando acontecem entre o casal parecem estar fortemente associados com a ocorrência de produzir em si próprio as lesões por queimaduras (Pacheco, *et al.*, 2010).

Quando foi questionado as mesmas sobre o porquê da escolha do fogo, as participantes relataram que não sabiam o motivo, mas que não entendiam esta como uma escolha e sim como uma opção de fácil acesso naquele momento : “Não sei. É isso que eu me pergunto, porque foi o fogo e porque que essa garrafa tava por lá. E é essa a minha pergunta. E eu não sei te dizer.” (Ana); “Não sei, não sei te explicar. É horrível!” (Sonia); “Eu não sei...não sei te dizer! Eu não escolhi nada, era o que tava ali. Como eu fumo, casualmente o isqueiro tava ali. Não foi uma escolha!” (Eva). Ou seja, naquele momento onde se deixaram tomar pela impulsividade, acessaram ao instrumento que estava diante delas (no caso, o álcool) com o intuito de atingir ao outro, sem pensar nas conseqüências daquele ato (Ahmadi, 2007).

2.3 “EU, EU NÃO FARIA! COMO ACONTECEU EU NÃO SEI!!”

Houve relatos que declararam que a culpa pelo ocorrido seria de alguma força maior que tomou conta de seus corpos no momento do ato, atribuindo assim, o fato a uma questão de ordem espiritual, ou a algo sem explicação: “Não, da minha parte não [refere-se a não ter planejado o ato]! (...) não foi uma coisa assim planejada (...) Por que eu também fiquei me perguntando o por quê! E uma coisa assim que dizem, que eu tinha que ir numa casa espírita. Mas eu não acredito nisso! Aí as vezes eu me pergunto, será que era mesmo uma coisa, será que era eu? Essa é a minha pergunta, que eu pergunto isso (...) mas diz que quando isso aconteceu não era eu e não era a minha voz. Diziam que uma pessoa dizia assim: - ah eu vou matar e vou levar ela embora!” (Ana); “eu tava ali num momento, eu acho que fora do ar. Porque se eu tivesse em mim, eu jamais teria feito aquilo.” (Eva); “Acho que foi isso, do nada assim como se tivesse entrado uma coisa ruim assim...que eu pensava...aí acaba com isso de uma vez que é o melhor pra ti. Sabe?!” (Gabriela); “Não! Não foi, não foi mesmo! Eu digo...quando dizem...aí como é que tu pôde fazer isso?! Eu digo: - eu, eu não faria! Como aconteceu,

eu não sei. Eu não faria! E nem agora eu faria!(...) E eu vou te dizer, eu jamais iria tentar me matar e nem penso em me matar! Eu não sei o que que aconteceu!” (Sonia).

3. *Consequências de um ato que produz queimaduras*

3.1 CIRCUNSTÂNCIAS SEGUIDAS DO ATO

Quanto aos sentimentos vivenciados logo após o atear-se fogo geralmente na presença do parceiro ou de algum familiar, as mesmas relataram terem ficado estáticas no momento do ato e a pessoa que estava diante delas acabavam por apagar as chamas e buscar ajuda. O posicionamento do outro se deu da seguinte forma: “E eu lembro dele tentando tirar de mim as coisas, tanto que ele queimou a mão.” (Eva); “Foi a minha filha (a que presenciou a cena)... ela jogou água e me ajudou a tirar a roupa que tava em chamas.” (Beatriz); “Ele [marido] me abraçou assim...contra o corpo dele (...) Então ele me deitou no chão, me abraçou com ele e batia nos meus braços, com as mãos, assim... ele disse que saia bolas e bolas de fogo (...) ele queimou as duas mãos dele, ele queimou bastante, tentando apagar, ele queimou bastante as duas mãos dele. Ele também ficou internado no hospital.” (Márcia); “Num primeiro momento ele ficou estático, depois ele foi me socorrer (...) Eu achei que ele ia deixar acontecer (...) Ele olhou um pouco e depois ele me derrubou no chão. Ele pegou uma bolsa minha que tava em cima do sofá e abafou.” (Paula)

No que se refere à dor vivenciada no, as participantes relataram que só começaram a tomar consciência dela após certo tempo decorrente do ato. De acordo com os relatos que seguem, parece que elas não estavam tendo um entendimento sobre a gravidade do que estava ocorrendo naquele instante: “...aí, eu me acordei mesmo, só quando eu senti a dor!” (Ana); “...ele [marido na época] me enrolou num lençol, me botou no carro, pra gente vir pro hospital. Perto do hospital, acho que foi que eu comecei a sentir dor. Porque ele veio com o vidro aberto, pra mim pegar vento.” (Eva); “Só que daí eu não sentia dor, eu fiquei parada e não ajudava. Eu não sentia dor nenhuma. Acho que eu tava tão fora de mim, que eu não sentia dor de nada. Depois, do nada parece que alguma coisa me deu um “sacudão” (...) E, do nada foi que eu comecei a sentir dor.” (Gabriela); “A dor foi depois, depois da chuva, eu acho que eu comecei a me desesperar porque a pele não parava de cair, o cheiro de queimado. Aí eu comecei a me dar conta.” (Paula)

Este ato pode ser interpretado como um parassuicídio, ou seja, essas mulheres tinham a intenção de chamar a atenção de alguém próximo (cônjuge ou outros membros da família), mas não tinham conhecimento sobre a gravidade das sequelas produzidas pelo fogo e a intenção de se matar. Quando questionado às participantes se elas haviam pensado nas marcas físicas ocasionadas pelo trauma da queimadura, as mesmas relataram que no momento do ato não chegaram a pensar em nada: “Não, nunca pensei! Eu não sei o que me deu na cabeça! Naquele dia eu fiquei completamente...” (Beatriz); “Não pensei nada, nada!! Nada, nada!!!” (Mara).

Já no que se refere ao conhecimento sobre as cicatrizes da queimadura, as mulheres relataram que nunca tinham visto alguém queimado e que não tinham ideia das transformações corporais ocasionadas pelo trauma: “Não! Nunca tinha ouvido falar, nunca tinha visto.” (Ana); “Nunca, tanto que quando eu fui fazer a primeira plástica no meu rosto, eu imaginava que eu ia sair dali, linda e maravilhosa...só que daí começou, cada pedacinho de enxerto necrosava, daí começou a cair os pedaços. Foi muito traumatizante, porque eu não tinha noção de queimados, nada!” (Eva); Ainda sobre as marcas deixadas pela queimadura, uma das participantes enfatizou que não pensou nas marcas físicas porque não acreditava que teria vida após o ato, já que seu objetivo era o de alcançar a morte: “Eu, não...não achei que teria pós, não era pra ter pós. Não foi minha intenção ter deixado as marcas!” (Paula)

Fica então evidente no relato das participantes que as mesmas não tinham noção sobre as consequências daquele ato, mesmo para aquelas que premeditaram o momento como uma tentativa de suicídio. No momento, não chegaram a pensar nelas próprias, mas o foco é sim em chamar a atenção de outro. Algumas dessas mulheres desconheciam a gravidade das sequelas que o fogo deixaria marcado em seus corpos e possivelmente não pensaram nas consequências desse comportamento em função de não ter sido uma ação planejada (Hanna & Ahmad, 2009; Alaghenbandan *et al.*, 2011). Já outras mulheres realizaram esse ato, justamente porque reconheciam a gravidade das lesões e, por isso, acreditavam que alcançariam a morte, em função da letalidade das chamas produzidas pelo fogo. Sendo assim, em um momento de descontrole esse ato pode ser entendido como uma saída súbita, usando para isso o que estivesse naquele momento ao seu alcance. Ao escolherem o álcool, um agente que junto com a chama provoca danos gravemente destrutivos, as pacientes acabaram por destruir seus corpos, em um momento onde as mesmas pareciam não reconhecer a permeabilidade de sua pele e a gravidade de tal lesão. Talvez, naquele momento, essa “chama” causadora de

tamanha destruição, tem simplesmente o significado de “chamar” a atenção do outro, seu olhar. Se “ascender” para o outro na tentativa de retomar algo que lhe causa tanta angústia de imaginar ter perdido.

3.2 NEGAÇÃO/ENFRENTAMENTO DAS DIFICULDADES

Ao falarem sobre o acontecimento da queimadura, algumas pacientes comentaram sobre esse fato como se o mesmo fosse consequência de um acidente: “Faz tempo que eu falei com ele sobre isso, ele disse que tava um acontecimento de ele terminar. Mas aí, eu me acidentei...” (Ana); “Uma vez eu disse pra Psicóloga, que quando eu fiz o “acidente”, todo mundo veio me procurar!” (Beatriz); “Eu tinha muitos amigos antes do “acidente”, que eu tinha mais por conhecidos” (Gabriela); “É, elas [marcas físicas] não me trazem [lembranças] só do acidente, mas todas...o que levou a acontecer.”(Paula). O modo como se referem ao ocorrido parece fazer parte de um processo de negação; parecendo ser esta uma estratégia encontrada pelas mesmas para lidar com o grande estresse que uma situação como essa pode produzir na vida do sujeito (Hanna & Ahmad, 2009). As participantes negam muitas vezes as causas de suas queimaduras temendo o julgamento que as pessoas podem fazer em relação à atitude que tiveram, ou mesmo sobre o que podem pensar a respeito da integridade mental dessas mulheres. Quando questionadas sobre a causa de suas sequelas físicas preferem muitas vezes relatar a história de um acidente, também para não terem que acessar novamente pensamentos relacionados à sua tomada de decisão, ainda que as marcas físicas tragam lembranças diariamente sobre o ocorrido.

Quanto às suas limitações em enfrentar as dificuldades da vida, as participantes parecem desmotivadas em relação a isso. Seus relatos acabam declarando que as dificuldades seguem existindo e que as mesmas ainda não conseguem resolver seus conflitos com determinação e segurança: “Não sei! Não consigo enfrentar! Não consigo, não consigo, não consigo!!!!” (Beatriz); “Eu não enfrento [dificuldades], eu finjo que elas não tão acontecendo, geralmente. Até o momento em que não tem mais como fugir. Eu vou empurrando com a barriga.” (Paula); “Ultimamente eu tô tentando enfrentar um pouquinho pra não cair na depressão.” (Ana)

3.3 MUDANÇAS FÍSICAS E PSÍQUICAS

A experiência de um trauma térmico vivenciada por um indivíduo causará danos físicos e psicológicos, independente da extensão da lesão (Carlucci, *et al.*, 2007). Quanto às mudanças psíquicas, algumas participantes falaram sobre as marcas da queimadura com certo arrependimento sobre o que ocorreu: “Não sei! Eu não...perdi, eu perdi a vontade de viver!” (Beatriz); “Que nem eu digo às vezes, se tu pudesse estalar o dedo e voltar pra trás, jamais faria de novo!” (Eva). Esses dados corroboram com o estudo de Alaghebandan *et al.* (2011) realizado com uma amostra de 51 sujeitos que haviam tentado suicídio com fogo, em que 34 deles expressaram arrependimento em terem tomado essa atitude após o período de hospitalização.

No entanto, algumas das participantes falaram também de mudanças positivas após a ocorrência da queimadura, como a valorização de suas vidas e das pessoas importantes para elas, amadurecimento pessoal e melhora na expressão de seus sentimentos: “Agora eu sei me expressar mais, se eu tiver que falar alguma coisa, eu falo! Não fico tão calada.” (Márcia); “Às vezes eu penso que foi castigo isso, pra mim me acordar e pensar: olha o tanto de coisa que tu tá perdendo!” (Gabriela); “Eu gosto de acordar todos os dias. Eu dou valor as coisas mínimas. E, esse lado foi bom!” (Paula).

A partir desse ato de expressão corporal, em que declaram na sua pele seus sentimentos e suas inseguranças, elas passam a sentir-se mais à vontade para falar e expressar seus desejos e suas angústias. Passam, ainda, a priorizar o que tem de valor em suas vidas e evitam guardar para si próprias, questões conflituosas que possam lhes desorganizar, acabam a partir daí se conhecendo melhor e amadurecendo.

As lesões corporais estão para além de uma marca física, pois a autoimagem dos sujeitos também muda, sendo assim, é preciso que ocorra uma readaptação a esse novo corpo, o que ocorrerá a partir das relações que o mesmo irá estabelecer com o mundo ao longo de sua reinserção social (Diniz *et. al.*, 2007). Algumas participantes declararam certa aceitação da imagem corporal atual e, em alguns casos, relataram uma melhora na autoimagem, após o acontecimento da queimadura: “Não me incomoda mais [marcas da queimadura]! Porque antes eu era muito vaidosa, tanto que a minha irmã falou pra Psicóloga, que não sabe por que eu fiz, porque eu era uma pessoa vaidosa. Eu me cuidava muito, eu passava creme pra noite, creme pro dia.” (Beatriz); “Eu me sinto melhor assim sabe?! E, até eu me sinto hoje mais bonita do que antes. Porque antes eu não me arrumava, antes eu não me ajeitava, eu era bem atirada.” (Gabriela); “E as

marcas físicas elas já não me incomodam mais. Eu gosto de me arrumar, gosto de me maquiar, eu me sinto bonita.” (Paula).

Parece que as cicatrizes da queimadura que chamam atenção de muitos olhares, alguns curiosos, outros que desconhecem as marcas físicas, também chamam a atenção dessas mulheres para si próprias. A partir desse acontecimento elas passam também a se olhar mais. As mesmas, após a ocorrência da queimadura, ficam por um longo tempo envolvidas em realizar cirurgias plásticas para a reparação das cicatrizes, o que possivelmente mobiliza muito suas fantasias e anseios sobre esse novo corpo com o qual ainda estão se adaptando. Também, ainda que se trate de uma experiência traumática, tanto para elas como para aqueles que estavam envolvidos na cena, o fato é que essas mulheres seguem em sua maioria com os parceiros com que estavam no momento do ato, declarando que mesmo diante de todos esses acontecimentos agressivos, a relação entre esse par segue se sustentando. E o que parece é que essas mulheres passam a se sentir muito mais seguras depois da ocorrência desse acontecimento, mesmo com seus corpos marcados pelas cicatrizes da queimadura passam a se sentirem mais independentes, mais livres, mais bonitas e mais atraentes.

O fogo, que é um acelerador da destruição, acaba produzindo em seus corpos uma nova e grossa camada de pele que as envolve, sendo como se fosse uma nova proteção em que elas parecem naquele momento estarem realmente precisando. Entende-se que essa proteção acontece primeiramente a partir dos cuidados com as cicatrizes da queimadura e, posteriormente, no cuidado com a vida das mesmas, envolvendo assim, a partir de tal cuidado, seu parceiro, sua família, enfim os seus conhecidos. Finalmente, toda uma rede envolvida em torno dessas mulheres.

3.4 MUDANÇAS RELACIONAMENTO SOCIAL E FAMILIAR

Ao se deparar com o olhar do outro, que muitas vezes provoca rejeição diante das marcas físicas ocasionadas pela queimadura, gerou transformações nas suas relações: “Eu fui num baile pra testar a vida lá fora e não foi nada fácil porque tinha as pessoas mais feias, mas normais que todo mundo tirava pra dançar e eu fiquei de lado. Tipo me viam de costas, mas aí quando vê de frente, sai andando (...) Tu entra num ônibus, tu dá de cara com a reação das pessoas te olhando, te avaliando e...não sei o que pensam “É bem desagradável tu ir na escola e os coleguinhas apontarem, né?! Principalmente no verão, que tu usa roupas curtas. Eles todos se assustam, né?! Eu fui,

eu me candidatei para os amigos da escola e a diretora me disse que eu não poderia porque eu iria assustar as crianças! Que elas não estão acostumadas com pessoas diferentes. As mães dos colegas foram, eu não pude!” (Paula).

Independentemente do tempo decorrido da queimadura as sequelas físicas desse trauma chamam a atenção, principalmente porque nesses casos essas mulheres têm áreas do rosto, dos membros superiores e inferiores queimados, tornando-se difícil esconder todas as marcas. Dentro de um ambiente hospitalar elas relatam se sentirem mais seguras, já que se deparam com outros casos com os quais se identificam. Porém, na rua parecem ter muitas dificuldades para enfrentar o olhar do outro, que estranham as marcas e muitas vezes as rejeitam por conta de sua imagem corporal.

Quanto às mudanças no relacionamento familiar apareceram relatos que declaravam que suas vidas não haviam sofrido mudanças após a realização do ato: “Ahh não mudou em nada, mudou em nada, em nada!!” (Beatriz); e também casos em que a família se distanciou após o ocorrido: “A família também, nunca me acusou diretamente mas, tipo...a falta da presença deles, deixava claro: - tu fez, tu te vira! E isso muito me doeu, dói também mas, como a nossa família é muito pequena e a gente sempre precisa de alguém, essas coisas eu vou deixando passar. Vou passando por cima, não que eu esqueça. Dói, se começar a falar, dói!” (Eva). Apresentaram-se ainda, falas sobre mudanças positivas no relacionamento familiar: “Agora, assim, minha vida tá perfeita. Agora tá melhor assim, sabe?! Depois de tudo que me aconteceu (...) A gente tá se dando melhor, eu e o meu marido. A gente sai mais (...) Eu me sinto mais bonita! E meu marido também acha isso.” (Gabriela); “Apesar de ter sido...ter sido desse jeito tão doloroso, foi a minha carta de alforria! Funcionou, funcionou! [Refere-se a separação do marido que ocorreu logo em seguida ao ato]” (Paula).

Os relatos declaram que, no que se refere às mudanças no relacionamento familiar, as mesmas parecem ter sido bem restritas, ou mesmo nem terem ocorrido. Mas na relação com aquele a quem direcionaram a cena onde atearam fogo em seus próprios corpos, parecem ter ocorrido algumas mudanças. Das oito participantes deste estudo, cinco permaneceram com os mesmos parceiros que estavam no momento do ato, duas se separaram em função do acontecimento e uma já era viúva no momento da cena, que foi dirigida à sua filha. Em alguns casos, houve uma melhora na relação entre o casal, em outros a ocorrência da separação fora entendida como uma possibilidade de libertação ou mesmo, um desejo do parceiro que não tolerou se deparar e conviver com

as marcas deste trauma. O fato é que, para a maioria delas, o ato provocado acabou por atingir o objetivo esperado, sendo esse o de separação ou de uma reaproximação.

3.5 IDEACÇÕES E TENTATIVAS POSTERIORES À QUEIMADURA

Algumas participantes confessaram ter tentado o suicídio novamente após o episódio de atear-se fogo. Um dos motivos relatados para isso foi a dificuldade de conviverem com as cicatrizes e sua nova imagem corporal. Nos casos de queimaduras graves, os sujeitos não recuperam seu antigo corpo. Garrido (2005) refere que essas pessoas experienciam a morte do corpo que possuíam anteriormente, tal qual aparece em alguns relatos: “Porque eu tentei me matar depois de novo, sabe?! Que eu disse, eu não vou viver desse jeito, toda deformada, cheia de queimadura, como é que eu vou viver desse jeito (...) eu falava todo dia que eu queria morrer, que não aguentava mais, que eu não queria ficar daquele jeito.” (Gabriela); Nesse caso, as tentativas posteriores à queimadura, ocorreram em um período em que a paciente estava ainda se reconhecendo em uma nova imagem, com a qual estava tendo dificuldades de aceitar. Não se reconhecia naquele novo corpo, não aceitava aquela nova condição e permanecia com dificuldades para lidar com as frustrações de sua vida. Ao longo do tempo, os pacientes realizam procedimentos cirúrgicos para reparação de suas sequelas, com isso, passam a aceitarem melhor sua imagem corporal, ainda que seja um processo que exija bastante disponibilidade, tempo, tolerância e persistência.

Em outro caso, apareceram ideações suicidas devido a conflitos pessoais que, no relato da participante, não estavam relacionados diretamente à queimadura e sim à outras dificuldades de sua vida: “Pra mim, viver desse jeito (refere-se aos conflitos com o filho e a nora) que eu vivo, nessa dependência dos outros, nessa dependência dos outros, também pra mim não me serve! Sabe?! Não me serve! (...) Gaso..tem a gasolina, que eu escondo dentro de casa. Vou te falar a verdade, sem fazer chantagem ... Eu tava procurando um marginal, pra ele me vender uma arma, que eu tinha botado na minha cabeça que eu tinha que acabar com a minha vida! (...) Que um ônibus me pegasse, que eu atravessasse na frente de um ônibus. Mas eu quero é morrer!! Eu quero fazer uma coisa que eu morra, sabe?! E um acidente eu tenho medo, tenho medo que eu cometa um acidente, pare na frente de um ônibus e só fique inválida e daí vai ser pior ainda. Que daí vai ser pior do que a morte! Ter que depender dos outros!” (Beatriz). Essa paciente foi uma das que declarou ter tentado o suicídio de fato, ainda que não tenha

tido sucesso. Possivelmente, o fato de não ter conseguido, tenha relação com as tentativas que segue realizando, já que não tolera conviver com os conflitos familiares que se apresentam em sua vida.

Considerações Finais

O presente estudo buscou compreender as experiências vivenciadas por mulheres que atearam fogo em seus corpos, como uma possibilidade de saída para os conflitos que permeavam suas vidas. Verificou-se que independentemente de um planejamento ou não para a realização desse ato, em todos os casos apresentados ficou evidente a intenção de envolver o outro na cena traumática, chamando para elas o olhar e atenção dos mesmos.

Os resultados permitiram entender que algumas dessas mulheres não tinham a intenção declarada de encontrar a morte a partir desse ato; aliás, muitas sequer conheciam a gravidade do trauma de uma queimadura. A agressão, que ficou exposta em seus corpos, fala na verdade de uma agressão interpessoal que as mesmas vinham experienciando, mas que não conseguiram expressar ou resolver de outra forma, por isso, o conflito acabou sendo expresso em seus próprios corpos, marcados em sua pele. E, apesar das mudanças decorrentes das queimaduras provocadas pelas mesmas, como as marcas físicas e as dificuldades psíquicas de reinserção social, seus relatos declaram mudanças positivas após certo tempo decorrente do trauma. As participantes referiram que conseguiam se expressar melhor, valorizando mais suas vidas e suas famílias, sentindo-se mais seguras quanto à autoestima e à relação com as pessoas conhecidas; bem como na construção de novas amizades.

Os resultados encontrados neste estudo não são passíveis de generalizações, já que foram baseados em uma análise qualitativa, portanto, necessitam ser avaliados com cuidado e reexaminados em pesquisas futuras sobre a temática. Sugere-se que os estudos que vierem a ser realizados sobre este tema possam investigar também os sentimentos e as experiências vivenciadas pelos parceiros (as) das (os) participantes. Além disso, o fato de ter sido realizada somente uma entrevista com as mesmas, pode ter limitado a expressão mais profunda sobre os sentimentos relacionados ao ato de queimarem seus corpos. Sendo que a proposta de mais entrevistas com as participantes

aumentaria o vínculo e poderia também aumentar a confiança e a livre expressão das mesmas.

Apesar das limitações, acredita-se que este estudo tenha contribuído para conhecer melhor a experiência vivenciada por pessoas que colocam seus corpos em chamas. Além disso, importante salientar a possibilidade de alternativas de atividades de prevenção e de intervenção visando a promoção da qualidade de vida dessas pessoas que conviverão com as marcas desse acontecimento para o resto de suas vidas. Isso influenciará positivamente na reinserção social e no bem-estar desses sujeitos na relação com si mesmos e com os mais próximos.

Referências

- Ahmadi, A. (2007). Suicide by self-immolation: Comprehensive overview, experiences, and suggestions. *Journal of Burn Care & Research*, 28 (1), 30-41.
- Ahmadi, A., & Ytterstad B. (2007). Prevention of self-immolation by community-based intervention. *Burns*, 33 (8), 1032-1040.
- Ahmadi, A., Mohammadi, R., Schwebel, D. C., Yeganeh, N., Sourosh, A., & Hejazi, S. B. (2009). Familial Risk Factors for Self-Immolation: A Case-Control Study. *Journal of Women's Health*, 18 (7), 1025-1031.
- Ahmadi, A., Mohammadi, R., Stavrinou, D., Almasi, A., & Schwebel, D. C. (2008). Self immolation in Iran. *Burn Care Res*, 29 (3), 451-460
- Alaghebandan, R., Lari, A. R., Joghataei, M. T., Islami, A., & Motavalian, A. (2011). A prospective population-based study of suicidal behavior by burns in the province of Ilam, Iran. *Burns*, 37 (1), 164-169.
- Beautrais A. L. (2006). Women and suicidal behavior. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 27(4), 153-156.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002) Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 1(3): 181-185.
- Botega, N. J., Werlang, B. S. G., Cais, C. F. S., & Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37 (3), 213-220.
- Carlucci, V. D., Rossi, L. A., Ficher, A. M., Ferreira, E., & Carvalho, E. C. (2007). A experiência da queimadura na perspectiva do paciente. *Revista Escola de Enfermaria*, 41, 21-28.
- Chan, R. C. & Burd, A. (2012) Suicidal burn in Hong Kong. *Burns*, 38 (6), 937-941.
- Daigeler, A., Langer, S., Hüllmann, K., Illes, F., Juckel, G., Echterhoff, S., Selbach, D., Steinsträer, L., Steinau, Hans-Ulrich., & Lehnhardt, M. (2009). A Follow-Up Study of Adults With Suicidal Burns: Psychosocial Adjustment and Quality of Life. *Journal of Burn Care & Research*, 30 (5), 844-851.
- Diniz, N. M. F., Lopes, R. L. M., Rodrigues, A. D., & Freitas, D. S. de. (2007). Mulheres Queimadas pelos maridos ou companheiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20 (3), 321-325.

- Dutra, A. S. Penna, L. H. G., Vargens, O. M. C., & Serra, M. C. V. F. (2011). Caracterização de mulheres hospitalizadas por queimadura. *Revista de Enfermagem UERJ*, 19(1):34-39.
- Ferreira, L. A., & Luis, M. A. V. (2002). A construção do processo que culminou num episódio de queimadura: relato da história de vida de pacientes queimadas. *Revista Escola de Enfermaria*, 36 (2), 125-132.
- Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa* (S. Netz, Trad.). Porto Alegre: Bookman (Obra originalmente publicada 2002).
- Forster, N. A., Nuñez, D. G., Zingg, M., Haile, S. R., Künzi, W., Giovanoli, P., & Guggenheim, M. (2012). Attempted suicide by self-immolation is a powerful predictive variable for survival of burn injuries. *Journal of Burn Care & Research*, 33(5), 642-8.
- Franchitto, N., Faurie, C., Franchitto, L., Minville, V., Telmon, N., & Roug, D. (2011). Self-Inflicted Burns: The Value of Collaboration Between Medicine and Law. *Journal of Forensic Sciences*, 56 (3), 638-642.
- Garrido, M. M. R. (2005). Atuação do psicólogo e o processo subjetivo da dor em um paciente queimado. *Monografia de Graduação em Psicologia*. Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Gaspari, V. P. P., & Botega N. J. (2002). Social support and suicide attempt. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 51 (4), 233-240.
- Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre, Artmed.
- Gil, A. C. (2010). *Como Elaborar um Projeto de Pesquisa*. (5th. ed.). São Paulo, Atlas.
- Hanna, V. N., & Ahmad, A. (2009). Suicide in the Kurdistan Region of Iraq, state of the art. *Nordic Journal of Psychiatric*, 63(4), 280-284.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacoby, R. (2006). Suicide in older people without psychiatric disorders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (4), 363-367.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Krug E. G., organizador. (2003). Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Washington (DC): OPS/OMS; [OPS - Publicacion Científica, 588].
- Laloë V. (2004). Patterns of deliberate self-burning in various parts of the world: a review. *Burns*, 30 (3), 207-15.

- Lovisi, G. H., Santos A. S., Legay, L., Abelha, L. G., & Valencia, E. (2009) Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 31(supl II)*, S86-S93.
- Mabrouk, A. R., Omar, A. N. M., Massoud, K., Sherif, M. M., & Sayed, N. E. (1999). Suicide by burns: a tragic end. *Burns, 25* (4), 337-339.
- Macedo, J. L. S., Rosa, S. C., & Silva, M. G. (2011). Queimaduras autoinfligidas: tentativa de suicídio. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 38* (6), 387-391.
- Macedo, M. M. K., & Werlang, B. S. G. (2007). Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. *Ágora, 10* (1), 86-106.
- Macente, L. B., & Zandonade, E. (2010). Avaliação da completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 59* (3), 173-181.
- Macente, L. B., Santos, E. G., & Zandonade, E. (2009). Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura pomerana no interior do estado do Espírito Santo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 58* (4), 238-244.
- Martins, C. B. G., & Jorge M. H. P. M. (2010). Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Texto & Contexto Enfermagem, 19*(2): 246-255.
- McGirr, A., Paris, J., Lesage, A., Renaud, J., & Turecki, G. (2007). Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *The Journal of Clinical Psychiatry, 68* (5), 721-729.
- Makhlouf, F., Alvarez J. C., & Grandmaison, G. Lorin de la. (2011). Suicidal and criminal immolations: an 18-year study and review of the literature. *Legal medicine, 13* (2), 98-102.
- Marín-León, L., Oliveira, H. B., & Botega, N. J. (2012). Suicide in Brazil, 2004–2010: the importance of small counties. *Revista Panamericana de Salud Publica, 32* (5): 351–359.
- Minayo, M. C. S., Pinto, L. W., Assis, S. G., Cavalcante, F. G., & Mangas, R. M. N. (2012). Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980–2006. *Revista de Saúde Pública, 46* (2), 300–309.
- Ministério de Saúde. (2011). Estatísticas vitais, mortalidade. Recuperado em 28 de Julho, 2011, de <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

- O' Donoghue, J. M., Panchal, J. L., O' Sullivan, S. T., O' Shaughnessy, M., O' Connor, T. P. F., Keeley, H., & Kelleher, M. J. (1998). A study of suicide and attempted suicide by self-immolation in Irish psychiatric population: an increasing problem. *Burns*, 24 (2), 144-146.
- Ores, L. C., Quevedo, L. A., Jansen, K., Carvalho, A. B., Cardoso, T. A., Souza, L. D. M., Pinheiro, R. T., & Silva, R. A. (2012). Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. *Caderno de Saúde Pública*, 28 (2), 305-312.
- Pacheco, J. S., Damasceno, A. K. C., Souza, A. M. A., & Brito, M. E. M. (2010). Tentativa de suicídio em mulheres por queimaduras. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11 (2), 152-160.
- Ping, Q. & Merete, N. (2005) Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of general psychiatry*, 62 (4), 427-32.
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (2), 146-54.
- Rashid, A., & Gowar, J. (2004). A review of the trends of self-inflicted burns. *Burns* 30 (6), 573-576.
- Rezaie, L., Khazaie, H., Soleimani, A., & Schwebel, D. C. (2011). Self-immolation a predictable method of suicide: A comparison study of warning signs for suicide by self-immolation and by self-poisoning. *Burns*, 37 (8), 1419-1426.
- Rothschild, M. A., Raatschen, H. J. & Schneider. V. (2001). Suicide by self-immolation in Berlin from 1990 to 2000. *Forensic Science International*, 124 (2-3), 163-166.
- Santana, L. (2010). Os sentidos do suicídio por fogo: um estudo com mulheres através do método Rorschach. *Tese de Mestrado*. Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Santos, S. A., Lovisi, G., Legay, L., & Abelha, L. (2009). Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 25 (9), 2064-2074.
- Seoighe, D. M., Conroy, F., Hennessy, G., Meagher, P., & Eadie, P. (2011). Self-inflicted burns in the Irish National Burns Unit. *Burns*, 37 (7), 1229-1232.

- Souza, V. S., Alves, M. S., Silva, L. A., Lino, D. C. S. F., Nery, A. A., & Casotti, C. A., (2011). Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60 (4), 294-300.
- Taghaddosinejad, F., Sheikhzadi, A., Behnoush, B., Reshadati, J., & Anary, S. H. S. (2010). A Survey of Suicide by Burning in Tehran, Iran. *Acta Medica Iranica*, 48 (4), 266-272.
- Thombs, B. D., Bresnick, M. G., & Magyar-Russell, G. (2007). Who attempts suicide by burning? An analysis of age patterns of mortality by self-inflicted burning in the United States. *General Hospital Psychiatry*, 29 (3), 244-250.
- Werlang, B. S. G. (2012). Autópsia Psicológica, importante estratégia de avaliação retrospectiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (8), 1955-1962.
- Werlang B. S. G., Macedo M. M. K., Krüger L. L. (2004) Perspectiva psicológica. In: Werlang B. G., Botega J. N. (org). *Comportamento Suicida*. (pp. 45-48). Porto Alegre: Artmed.
- Werlang, B. S. & Botega, N. J. (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.

Palavras Finais

O presente estudo possibilitou uma melhor compreensão sobre a temática das tentativas de suicídio ocasionadas por queimaduras autoinfligidas, em que foram apresentados uma série de artigos atualizados nesta área com dados sobre a realidade de mulheres que atearam fogo em seus corpos com diferentes propósitos e motivações para isto. O delineamento qualitativo de pesquisa permitiu analisar com maior profundidade tal assunto, bem como avaliar os aspectos psicológicos que estão envolvidos na realização deste ato. Embora este estudo tenha sido realizado com uma amostra significativamente pequena, acredita-se que os achados encontrados poderão contribuir em uma melhor assistência ao longo do tratamento destes pacientes, tanto no período de internação, quanto após a alta hospitalar.

O interesse em me aprofundar nesta temática iniciou-se no período da graduação, ao realizar um estágio profissional em um hospital referência em atendimentos as vítimas de queimaduras localizado na zona norte de Porto Alegre. A peculiaridade destes casos no que se refere à agressividade deste ato, realizado na maioria das vezes por jovens mulheres, passou a me chamar a atenção, trazendo muitas questões sobre as circunstâncias que envolviam este incidente. A conclusão desta dissertação representa para mim resultado de muito empenho, onde acabei muitas vezes ultrapassando meus próprios limites, com a finalidade de construir um bom trabalho. A experiência do mestrado possibilitou uma formação que foi para além da academia, instigando estudos que contribuíram para a prática clínica e também docente.

Por fim, agradeço ao interesse de todas as participantes deste estudo, as quais se dispuseram a dividir comigo parte importante de suas histórias de vida. Certamente, este contato com elas produziu parte dos conhecimentos mais ricos que adquiri durante esta caminhada.

Anexo A - Questionário dados sócio demográficos e clínicos**Dados sociodemográficos e clínicos****Hospital Cristo Redentor****Ambulatório de Pacientes Queimados**

Sexo: () homem () mulher

Data de nascimento: Idade atual:

Escolaridade:

- () analfabeto funcional () Ensino Médio completo
() Ensino Fundamental incompleto () Ensino Superior incompleto
() Ensino Fundamental completo () Ensino Superior completo
() Ensino Médio incompleto () pós-graduação

Trabalho: () Sim () Não () Aposentado

Ocupação/Profissão:

Se não trabalha, foi devido à queimadura? () Sim () Não

Renda mensal

- () Até 1 salário () 1-2 salários () 2-3 salários () 3-4 salários () 4
salários ou mais

Estado civil: () solteiro () casado / vive junto () separado () viúvo

Tem filhos: () Sim () Não

Com quem reside:

Religião: () Sim () Não

Qual:

Área onde reside:

Urbana Rural

Área do corpo atingida pela queimadura:

1% a 25% 26% a 50% 51% a 75% 76% a 100%

Tempo de Queimadura:

até 1 mês 1 mês a 11 meses 1 ano a 5 anos mais de 5 anos

Quantas cirurgias referentes à queimadura:

1-5 cirurgias 6-10 cirurgias mais de 10 cirurgias

Número de hospitalizações no último ano devido a procedimentos para reparação de sequelas da queimadura:

1-5 6-10 mais de 10

Alguma seqüela física ou funcional decorrente da queimadura:

Sim Não

Possui algum outro problema clínico de saúde associado:

Sim Não Qual: _____

Usa alguma medicação:

Sim Não Qual: _____

Realiza atendimento psicológico atualmente: Sim Não

Realiza atendimento psiquiátrico atualmente: Sim Não

Realizou atendimento psicológico anteriormente: Sim Não

Realizou atendimento psiquiátrico anteriormente: Sim Não

Diagnóstico de alguma Psicopatologia: () Sim () Não

Qual: _____

Consumo de álcool/drogas: Sim Não

Qual: _____

História de suicídio na família/conhecidos: () Sim () Não

Comente:

História de violência familiar: () Sim () Não

Comente:

Data da aplicação: Porto Alegre, ____ de _____ de 20__.

Anexo B - Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada

Questões Norteadoras:

Rapport: Estou realizando uma pesquisa para compreender como vivem e como se sentem as pessoas que passaram por queimaduras como a que tu sofreste.

As entrevistas têm o propósito de investigar sobre as seguintes questões:

1. Eu gostaria que tu me contasses um pouco sobre a tua história de vida.
2. Quem é a pessoa mais importante da tua vida?
3. Como se organizam as relações sociais em tua vida? Na família, no teu trabalho, com vizinhos, conhecidos, no meio social em geral?
4. De que forma costumam enfrentar as dificuldades que aparecem em tua vida?
5. Como estava tua vida, antes da ocorrência da queimadura?
6. E após a ocorrência da queimadura, que cuidados tens que ter com a tua saúde?
7. Atualmente, com quem você mora?
8. Antes da queimadura, você morava com as mesmas pessoas?
9. Comente um pouco sobre como você vem se sentindo nos últimos tempos.
10. Já havias tido conhecimento de algum outro caso parecido com o teu?

Obs: Se até esse momento, o participante não tiver feito referência a queimadura como uma tentativa de suicídio, será feito um agradecimento pela sua participação na pesquisa e a entrevista será encerrada. Ainda que ele tenha respondido à entrevista, ela será descartada da análise final dos dados, pois o sujeito não corresponderá aos critérios de inclusão (ter utilizado o fogo como dispositivo para uma tentativa de suicídio). Se ele tiver feito referência ao suicídio, a entrevista prosseguirá com as seguintes questões:

11. Foi tua primeira tentativa de suicídio?
12. (Se não) O que motivou o teu ato naquele momento de tua vida?
13. (Se sim) O que te levou a fazer isso? Estava ocorrendo algum conflito em tua vida?

14. Por que a escolha do fogo como dispositivo para este ato?
15. Foi um ato planejado? Já havias pensado em fazer isto anteriormente (com o fogo)?
16. Naquele momento, qual era tua intenção?
17. Chegastes a pensar nas marcas físicas que o fogo deixaria? Como esta organizada tua vida hoje, depois deste acontecimento?
18. Quais foram as mudanças mais significativas?
19. Como você descreveria as marcas deixadas por este acontecimento?

Anexo C - Resolução do Comitê de Ética em Pesquisa – UNISINOS

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****RESOLUÇÃO 041/2012**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 12/023 **Versão do Projeto:** 16/05/2012 **Versão do TCLE:** 16/05/2012

Coordenadora:

Mestranda Karine Viana Maciel (PPG em Psicologia)

Título: Cicatrizes de um trauma: aspectos emocionais relacionados ao ato da tentativa de suicídio pelo uso do fogo.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 16 de maio de 2012.


Prof. Dr. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS

Anexo D - Resolução do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Espadachim Teles, 506
CEP 91280-230 - Porto Alegre - RS
Fone: 3331.2080
CNPJ: 02.707.158/001-26

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Pellegrini, 20
CEP 91240-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3362.4100
CNPJ: 92.717.126/0001-76

HOSPITAL HEMMA S.A.
Rua Municipalidade, 17
CEP 91403-907 - Belo Horizonte - RS
Fone: 2374.1280
CNPJ: 10.691.134/001-03



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 18 de julho de 2012, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 12-073

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

DENISE FALCKE
ELISA KERN DE CASTRO
KARINE VIANA MACIEL

Título: Cicatrizes de um trauma: aspectos emocionais relacionados ao ato da tentativa de suicídio pelo uso do fogo.

Documentação: Aprovados
Aspectos Metodológicos: Aprovados
Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais:

- Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC.
- Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados para este CEP.
- Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.
- Entregue cópia deste documento ao Setor/Serviço onde será realizada a pesquisa.

Daniel Demétrio Paustino da Silva
Coordenador-geral do CEP/GHC

Porto Alegre, 19 de julho de 2012.

Anexo E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - UNISINOS



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Meu nome é Karine Viana Maciel, sou psicóloga e aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Estou realizando uma pesquisa, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Elisa Kern de Castro, que tem como objetivo principal entender que aspectos emocionais estão relacionados ao trauma da queimadura, em pacientes que foram acometidos por tal experiência. O tema escolhido se justifica pela importância de se conhecer o contexto de vida destes sujeitos antes e após a ocorrência deste acontecimento.

Você está sendo convidado para participar do estudo. Caso você concorde, será feita uma entrevista individual em uma das salas do ambulatório do hospital onde está recebendo atendimento para as queimaduras, na qual iremos conversar sobre algumas questões de sua vida. A entrevista será gravada em áudio para posterior transcrição. Os dados da entrevista serão utilizados somente para fins de pesquisa, seus dados pessoais serão mantidos em sigilo e sob hipótese alguma serão divulgados. Os resultados do estudo poderão ser divulgados em eventos científicos e artigos, porém sempre de forma geral e jamais identificando os participantes.

Você pode se negar a responder qualquer pergunta, caso se sinta constrangido ou desconfortável. Sua participação é voluntária e não prevê nenhum tipo de remuneração. Assim, você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ao atendimento que vem recebendo no hospital. Além disso, você pode fazer perguntas e solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade. Dúvidas que surgirem poderão ser esclarecidas diretamente com a pesquisadora Karine Maciel pelo telefone (51) 84351475, ou com a orientadora Elisa Castro, pelo telefone (51) 35918328.

Se você concorda em participar deste estudo, é necessário assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma será arquivada comigo e a outra ficará com você.

Declaração de Consentimento

Confirmo ter conhecimento do conteúdo desse termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo com a participação nessa pesquisa e por isso dou meu consentimento.

_____, ____ de _____ de 20____.

Nome do(a) participante:

Assinatura do (a) participante:

Assinatura da pesquisadora:

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 17.05.12.

.....
.....
.....

ANEXO F- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - GHC

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), intitulada: **“Cicatrizes de um trauma: aspectos emocionais relacionados ao ato da tentativa de suicídio pelo uso do fogo”**, que tem como objetivo principal entender que aspectos emocionais estão relacionados ao trauma da queimadura, em pacientes que foram acometidos por tal experiência. O tema escolhido se justifica pela importância de se conhecer o contexto de vida destes sujeitos antes e após a ocorrência deste acontecimento.

O trabalho está sendo realizado pela mestranda em Psicologia Clínica, Karine Viana Maciel e sob a supervisão e orientação da Prof^a Dra. Elisa Kern de Castro.

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 60 minutos, na qual você terá que responder um questionário sócio-demográfico e uma entrevista com 19 perguntas pré-estabelecidas. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. A entrevista será realizada em sala reservada para preservar o sigilo.

Os participantes envolvidos neste estudo não estarão submetidos a nenhum risco físico, mas pode haver algum desconforto emocional decorrente da participação na pesquisa, diante do relato de experiências difíceis vivenciadas pelos mesmos. Caso isto ocorra, será realizado o devido encaminhamento para acompanhamento psicológico neste mesmo hospital, com a Psicóloga responsável pela Unidade de Vítimas de Queimaduras, Maristela Costa Leivas. No que se refere aos benefícios em participar desta pesquisa, estarão os participantes contribuindo para que exista uma melhor compreensão e conhecimento sobre os efeitos psicológicos e sociais produzidos a partir da tentativa de suicídio através do uso do fogo. Além disso, o estudo poderá contribuir, no futuro, na prestação de uma melhor assistência psicológica a tais pacientes, tanto no período da internação, como na fase de tratamento das sequelas produzidas por este trauma.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo(a) pesquisador(a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

EU _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.
- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim.
- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.
- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Karine Viana Maciel, telefone (51) 35918328, email: karine.psyco@yahoo.com.br e endereço: Av. Unisinos, 950, Bairro: Cristo Rei, São Leopoldo.
- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11.

Versão Aprovada em

18 JUL. 2018

 Daniel Demétrio Faustino da Silva
 Coordenador-geral do CEP-GHC

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, __, de _____ de 20 __.

Assinatura do entrevistado

Nome:

Assinatura da pesquisadora

Nome: Karine Viana Maciel

Versão Aprovada em

18 III 2017

Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP-GHC